ADEVĂRURI SI MITURI

W

DESPRE

SĂNĂTATE A MENTALĂ

Bo/havîî piikic ***Cu*t violenţi?***

uf**

V*Ş?
,oo?'

Ce este un psihopat?

Terapie cu electroșocuri?

Gândirea pozitivă ajută?

ADHD-ul este supradiagnosticat?

Ce înseamnă personalitatea multiplă?

PPT
PSIHOLOGIA PENTRU TOȚI

HAL ARKOWITZ ȘI
SCOTT O. LILIENFELD

TREI

HAL ARKOWITZ SI SCOTT O. LILIENFELD

ŞI MITURI DESPRE SĂNĂTATEA MENTALĂ



Lui Lollie, cu dragoste Hal Arkowitz

Studenţilor mei, de la care continui să învăţ atât de mult

Scott O. Lilienfeld

Prefaţă

„Fii extrem de precaut atunci când decizi să schimbi un răspuns (la un test cu răspunsuri multiple). Experienţa arată că mulţi studenţi care îşi schimbă răspunsurile le schimbă, de fapt, cu altele greşite.“ Acest citat este preluat

dintr-o carte extrem de influentă, care îi ajută pe studenţi să se pregătească pentru examenul de licenţă, care este deosebit de important pentru admiterea în programele de masterat. Pare un sfat bun, doar că... este greşit.

Numeroase studii au constatat că acei candidaţi care rămân la primul răspuns dat instinctiv la testele cu răspunsuri multiple tind să obţină rezultate mai slabe decât dacă ar reveni asupra unor răspunsuri.

Dr. Phil (Phil McGraw), popularul psiholog de televiziune, pare să fie capabil să rezolve, în doar 10-15 minute, problemele reclamate de invitaţii săi. Totuşi, nu există nici cea mai mică

y *i*[7]

dovadă care să sugereze că astfel de schimbări rapide sunt cu putinţă. De fapt, dovezile ştiinţifice sugerează că metoda lui, dar şi altele, bazate pe confruntare intensă şi empatie scăzută, tind nu doar să fie ineficace, dar pot şi să

crească rezistenţa la schimbare. Mesajele principale ale lui Dr. Phil au la bază o filosofie de tipul *„Just do it!“* — adică: „Fapte, nu vorbe!“ Să ne gândim la această replică a lui Dr. Phil: „Mulţi oameni chiar au avut copilării tragice. Dar ştii

ceva? Mai bine uită de povestea asta“. Dacă schimbarea ar fi atât de uşoară, numărul celor cu probleme psihice s-ar diminua dramatic.

Ambele exemple de mai sus demonstrează cum unele dintre

cele mai ferm susţinute credinţe ale noastre sunt contrazise de

Î

descoperirile cercetărilor ştiinţifice. în această carte, folosim cuvântul „mituri“ pentru a descrie acest gen de credinţe. Scopul

nostru va fi acela de a prezenta dovezile ştiinţifice care contrazic aceste mituri.

Deseori aceste credinţe conţin un sâmbure

î 3

de adevăr, dar devin mituri atunci

când sunt prezentate în mod exagerat şi absolutizând anumite concluzii. De exemplu, mulţi cred că prădătorii sexuali aproape întotdeauna recidivează şi că nu pot fi ajutaţi să se schimbe. Studiile arată însă că doar un

număr relativ mic dintre ei recidivează, iar cei care beneficiază de tratament sunt mult mai puţin înclinaţi să-şi reia comportamentul decât cei care nu au parte de terapie. Mai este încă o cale lungă de parcurs până la

eliminarea recidivei în rândul prădătorilor sexuali, deoarece, chiar dacă această rată este mai scăzută decât cred mulţi, ea este încă ridicată. Acest mit al recidivei obligatorii are un miez de adevăr, dar, aşa cum am arătat, este

contrazis de constatările cercetărilor.

Printre miturile pe care le analizăm în această carte se numără:

- A vorbi cu persoanele cu tendinţe suicidare despre

dorinţa lor de a muri creşte probabilitatea de suicid.

- Depresia este cauzată de un dezechilibru chimic din creier.

- Există o epidemie de autism.
- Divorţul le creează întotdeauna tulburări grave copiilor.
- Oamenii pot avea

personalitate multiplă.

- Marijuana creează dependenţă.
- Luna plină declanşează comportamente bizare.

- S-a demonstrat că tratamentele naturiste sunt eficiente pentru tratarea anxietăţii şi a depresiei.
- Obezitatea este cauzată

în primul rând de lipsa de voinţă.

- Terapia electroconvulsivă este o procedură periculoasă, care îi face în multe cazuri pe oameni să

devină incoerenţi şi să se comporte ca nişte zombi.

Auzim mituri din nenumărate surse, inclusiv din media şi din părerile cărora unor oameni fără pregătire în domeniul

psihologiei. Dar există câteva motive care ne fac să înclinăm să-i credem. Unul dintre autori (Scott Lilienfeld), alături de colaboratorii săi, a scris pe larg pe această temă (de exemplu, în cartea sa *50 mari mituri ale psihologiei*

popul<u>are).</u>* Discuţia noastră de acum porneşte de la acea lucrare.

în primul rând, miturile fac ca lucrurile să pară simple, astfel încât să nu fim nevoiţi să ne preocupăm de complexitatea reală a acelor lucruri. Un bun exemplu

în acest sens este mesajul lui Dr. Phil, psihologul de la TV, că tot ce avem de făcut pentru a ne schimba comportamentele problematice este să trecem la fapte (şi să lăsăm deoparte vorbele), adică: *„Just do it“.* Acest

mesaj este simplu, clar şi... greşit. Există multe motive pentru care comportamentele problematice sunt destul de greu de modificat (vezi capitolul 43 din această carte), la fel cum e nevoie de anumiţi factori pentru a avea loc o

modificare efectivă. Dar este mai uşor să accepţi teza simplistă a lui Dr. Phil.

în al doilea rând, realitatea pe care o experimentăm este una subiectivă şi este influenţată de percepţia şi memoria selective. Cu

alte cuvinte, avem tendinţa de a percepe şi de a ne reaminti ceea ce se potriveşte cel mai bine cu ideile noastre preconcepute. De exemplu, dacă unii oameni îi percep pe cei cu probleme psihice ca fiind slabi şi temători, ei vor fi

înclinaţi să creadă că tot ce au de făcut aceşti oameni suferinzi este să-şi adune curajul si să facă schimbările necesare — si asta ar fi de

ʼ 3

ajuns.

Al treilea motiv este numit

„distorsiunea *(bias)* de confirmare“: este vorba despre tendinta de a acorda atentie si de a ne reaminti în mod selectiv acele informaţii care ne confirmă credinţele sau

ipotezele şi de a neglija sau distorsiona informaţiile care nu au această calitate. Dacă noi credem că majoritatea oamenilor cu schizofrenie sunt violenţi, vom fi mai înclinaţi să

luăm în considerare

informaţiile care[3] ne confirmă această[3]

prejudecată şi să ignorăm sau să uităm acele informaţii care ne

infirmă această[3] preconcepţie.

în al patrulea rând, oamenii confundă corelaţia cu legătura cauzală. Doar pentru că două lucruri sunt corelate sau asociate, nu înseamnă că unul este cauza

celuilalt. Un exemplu al acestei confuzii s-a înregistrat într- un spital public de boli mintale, unde cercetătorii au observat un miros distinct în secţia pacienţilor cu schizofrenie, miros care nu apărea în alte secţii. Cercetătorii şi-au

formulat ipoteza, aparent rezonabilă, că transpiraţia persoanelor cu schizofrenie ar putea să conţină anumiţi compuşi chimici care contribuie la dezvoltarea acestei tulburări. în timpul studiului, un asistent de

psihiatrie i-a întrebat ce studiază. Când i-au spus ce anume cercetau, acesta a râs şi a zis ceva de genul: „O, da, chiar pute aici. Duşul e stricat de o săptămână“. Asocierea dintre mirosul corpului si schizofrenie era doar o corelaţie.

Cauza

/____?

ambelor era duşul stricat. în multe cazuri, o corelaţie dintre două variabile se poate datora unei a treia variabile mai degrabă decât unei conexiuni cauzale între cele

două evenimente.

Din păcate, miturile despre sănătatea mentală sunt larg răspândite. Susţinerea opiniilor bazate pe fapte, şi nu pe ficţiuni poate reduce stigmatizarea şi poate conduce la atitudini şi

comportamente mai adecvate faţă de persoanele cu boli mentale. Scopul nostru, în această carte, este să oferim tocmai aceste informaţii corective.

)

Studenţii şi masteranzii vor

putea utiliza această carte pentru a demonta miturile despre sănătatea mentală. Această carte poate fi folosită ca un auxiliar valoros pentru cursurile de psihopatologie şi psihologie clinică. De asemenea, este foarte

potrivit pentru cursurile programelor masterale de psihologie clinică, asistenţă socială, consiliere şi psihiatrie. Şi oamenii obişnuiţi, şi jurnaliştii vor găsi informaţii valoroase în această carte, pentru a înţelege

mai bine boala mentală.

Cele mai multe dintre capitolele cărţii au fost publicate anterior într-o rubrică bilunară intitulată „Facts and Fictions in Mental Health“, în revista *Scientific American Mind* şi au fost adaptate

pentru această carte. Au fost adăugate trei noi capitole (despre mituri legate de suicid, tulburarea bipolară şi creativitate, precum şi despre concepţiile populare privind psihoterapia).

Vrem să mulţumim revistei

Scientific American Mină pentru generozitatea cu care ne- a acordat permisiunea de a publica în această carte capitolele respective. De asemenea, vrem să ne exprimăm profunda apreciere faţă de cei doi editori, Mariette

DiChristina şi Ingrid Wicklegren, pentru comentariile şi sugestiile lor nepreţuite pe marginea primelor schiţe ale capitolelor. Comentariile şi sugestiile lor au dus la îmbunătăţirea semnificativă a stilului vivace şi lizibil pe care

ne-am străduit să îl obţinem.[3]

De asemenea, apreciem ajutorul primit de la celelalte persoane de la *Scientific American Mind,* care au făcut o muncă excepţională pentru găsirea ilustraţiilor pentru

fiecare capitol şi care ne-au ajutat în multe alte moduri.

Lecturi recomandate

~~Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., Ruscio, J. & Beyerstein, B.L. (2010), 50~~ de mari mituri ale

psihologiei populare. înlăturarea concepţiilor greşite despre comportamentul uman, Bucureşti: Trei, 2010.

McGraw, P. (f.d.), Extras din: http://www.brainy-quote.eom/quotes/authors/p/phil_mcg

raw_2.html#XHu9.

- ***Scott O. Lilienfeld*** *et al, 50 de mari mituri ale psihologiei populare. înlăturarea concepţiilor greşite despre comportamentul uman,* ***Bucureşti: Trei, 2010. (****N.red****.)***

Mulţumiri

W

Această carte nu ar fi fost posibilă fără ajutorul primit din partea celor care ne-au susţinut într- un mod extraordinar. Suntem în mod special recunoscători lui Mariette DiChristina şi Ingrid Wickelgren de la *Scientific American* şi *Scientific*

American Mind, pentru asistenţa lor competentă în editarea articolelor originale, lui Karen Shield de la Wiley-Blackwell, pentru ajutorul acordat în obţinerea drepturilor de publicare, şi lui Andrew Peart şi Liz Wingett

de la Wiley-Blackwell, pentru că au făcut posibilă apariţia acestei cărţi şi pentru ajutorul lor în compunerea manuscrisului. în sfârşit, le mulţumim zecilor de colegi, care ne-au oferit sugestii utile pe marginea celor scrise de

noi, şi zecilor de cititori care au făcut comentarii constructive.

Parte

a l

Tulburările anxioase
Introducere

Cu toţii cunoaştem cel puţin o persoană afectată de o tulburare anxioasă. în multe cazuri este chiar persoana care ne priveşte

din oglindă. Aproximativ trei din zece persoane din Statele Unite vor suferi de o asemenea tulburare la un moment dat pe parcursul vieţii. Din cauză că aceste probleme provoacă foarte mult stres pentru atât de mulţi

oameni, este imperativ să înţelegem corect natura acestor afecţiuni şi tratamentul lor.

Tulburările anxioase sunt caracterizate prin aşteptarea că ar putea apărea evenimente tulburătoare sau periculoase în

anumite situatii, chiar si atunci când sunt sanse mici

sau nule să se întâmple acest lucru. Aceste expectaţii sunt adesea asociate cu o excitaţie fiziologică pronunţată şi cu tendinţe puternice de evitare a

situaţiilor de care ne este frică.[3]

Anxietatea face parte, de asemenea, din tabloul simptomatic al mai multor tulburări anxioase, inclusiv tulburarea de stres posttraumatic (TSPT), tulburarea obsesiv-

compulsivă (TOC) şi tulburarea de tezaurizare compulsivă.

A cincea ediţie a Manualului diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale, al Asociaţiei Americane de Psihiatrie ( ), publicată în 2013, enumeră mai

multe tulburări anxioase, printre care fobiile specifice, anxietatea socială, tulburarea de panică, agorafobia şi tulburarea anxioasă generalizată.

Persoanele cu fobii specifice trăiesc de obicei o teamă legată

de o anumită situaţie (de exemplu, să conducă maşina pe autostradă), de un anumit obiect (de exemplu, de ace) sau de anumite fiinţe vii (de exemplu, de şerpi). Adesea fobiile primesc denumiri derivate din limba

greacă. Una dintre favoritele noastre este hexakosioihexekontahexafobia, care se referă la frica de numărul 666, asociat în *Biblie* cu Satana. Doar încearcă să pronunţi numele acestei fobii! Tulburarea de

anxietate socială este o frică intensă şi adesea paralizantă de situaţii care presupun să fim observaţi de alţii, ca atunci când purtăm o conversaţie sau ţinem un discurs public. Un diagnostic de tulburare de panică presupune

atacuri de panică recurente si frica de a avea alte atacuri similare

j

în viitor. Denumirea acestei tulburări îşi datorează şi ea originea tot Greciei antice, în acest caz, zeului mitic grec Pan, a

cărui distracţie principală era să-i sperie pe călătorii care treceau prin pădure, mai ales noaptea.

Se pare că Pan îşi făcea foarte bine treaba. Atacurile de panică sunt experienţe înspăimântătoare, care presupun apariţia bruscă a

unei frici intense, însoţite de simptome somatice, printre care: rata accelerată a bătăilor inimii, durere în piept, respiraţii dificile şi tremor, precum şi simptome mentale, precum frica de a nu

pierde controlul, de a nu înnebuni sau muri. Persoanele diagnosticate cu agorafobie devin anxioase şi evită situaţiile din care li se pare că nu există scăpare, care le produc ruşine sau în care ajutorul nu ar fi disponibil în cazul

în care ar avea simptome de panică. Astfel de exemple sunt locurile aglomerate, cinematografele sau faptul de a rămâne singur şi departe de casă. Tulburarea de anxietate generalizată se caracterizează

printr-o îngrijorare excesivă şi pervazivă, de obicei în anumite arii ale vieţii, precum munca, şcoala, relaţiile de iubire şi siguranţa proprie şi a celor apropiaţi.

Unele tulburări anxioase apar în

alte secţiuni ale *DSM.* Printre ele se numără tulburarea de stres posttraumatic, tulburarea obsesiv-compulsivă şi tulburarea de tezaurizare compulsivă (colecţionarismul). Pentru a primi un diagnostic de tulburare de stres

posttraumatic, o persoană trebuie să fie expusă la o traumă, cum ar fi moartea cuiva sau ameninţarea cu moartea, rănirea gravă sau abuzul sexual. Expunerea la traumă poate fi directă, ca în cazul victimelor torturii, sau indirectă,

aşa cum se întâmplă în situaţiile în care persoana este martora unui accident fatal de maşină. Simptomele frecvente includ amintiri, flashbackuri sau vise tulburătoare si

intruzive legate de traumă, dar şi suferinţă la expunerea la stimuli asociaţi cu trauma (de exemplu, prezentarea în media a unor evenimente similare), tulburări de somn, incapacitatea de a trăi emoţii pozitive, iritabilitate şi furie.

Recent, cercetătorii au descoperit că această tulburare este chiar mai prevalentă decât se credea anterior, cu rate de incidenţă de cel puţin 7%.

Un diagnostic de tulburare obsesiv- compulsivă (TOC)

necesită fie prezenţa obsesiilor — care sunt gânduri persistente şi intruzive, dorinţe intense ori imagini reamintite care cauzează anxietate —, fie prezenţa compulsiilor, adică a încercărilor dez adaptative de reducere a

anxietăţii. în cele mai multe cazuri sunt prezente atât obsesiile, cât şi compulsiile. Un exemplu comun de tulburare obsesiv-compulsivă este spălatul mâinilor excesiv şi frecvent, pentru a reduce anxietatea cauzată de obsesiile

legate de murdărie şi contaminare. în unele cazuri, persoanele afectate de această tulburare îşi spală mâinile atât de mult, încât îşi îndepărtează câteva rânduri de piele. Un portret deosebit de fidel al unei persoane

cu tulburare obsesiv-compulsivă este personajul lui Jack Nicholson din filmul *As Good as It Gets* (Mai bine nu se poate) din 1997. Persoanele cu tulburare de tezaurizare compulsivă suferă de o teamă excesivă la gândul

despărţirii de posesiunile lor, indiferent de valoarea sau utilitatea acestora. Ei le păstrează în încercarea de a-şi reduce anxietatea. Unii adună atât de multe lucruri, încât ajung să nu se mai poată mişca prin locuinţele

lor. Un film din 2004, *The Aviator* (Aviatorul), l-a portretizat pe Howard
Hughes, unul dintre cei mai bogaţi oameni din lume, care dezvoltase o tulburare severă de tezaurizare.

Există mai multe tratamente

folosite pentru tratarea anxietăţii. Totuşi, cel care s-a dovedit a fi cel mai de succes utilizează o serie de tehnici preluate din terapiile cognitiv- comportamentale şi, într-o anumită măsură, din psihoterapia de orientare

psihanalitică.

Dar mai sunt folosite si alte tehnici. Acestea includ medicaţia antianxietate, remedii pe bază de plante, o formă de meditaţie denumită mindfulness şi un tratament recent dezvoltat,

cunoscut cu denumirea de „desensibilizare şi reprocesare prin mişcarea ochilor“ (EMDR)—. în esenţă, terapeutul le cere clienţilor să se gândească la amintiri ale unor evenimente care le-au produs anxietate, în timp ce

urmăresc, cu ochii, mişcările înainte şi înapoi ale degetului terapeutului. Există numeroase întrebări privind natura şi tratamentul tulburărilor anxioase. în această secţiune, vom examina câteva dintre ele, respectiv:

- Atacurile de panică apar din senin?

- Cei mai mulţi oameni care trec prin traume dezvoltă apoi obligatoriu tulburări de stres posttraumatic?
- Traumele care implică

ameninţări ale integrităţii fizice provoacă obligatoriu o tulburare de stres posttraumatic?

- în *DSM-5,* tezaurizarea apare ca simptom al

tulburării obsesiv-compulsive?

- Există efecte adverse ale utilizării medicamentelor anxiolitice?
- Cât de eficiente sunt

remediile pe bază de plante, meditaţia mindfulness şi EMDR-ul în tratarea tulburărilor legate de anxietate?

~~***— Acronim pentru denumirea în limba***~~

~~***engleză:***~~ *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. (N.t.)*
1

De ce ne panicăm?

„Conduceam spre casă, venind de la serviciu“, povesteşte David. „Atmosfera era foarte stresantă la muncă în ultima vreme. Eram tensionat, dar abia aşteptam să

ajung acasă, să mă relaxez. Si atunci, dintr-odată — bum!

j 7

Inima a început să mi-o ia la goană şi simţeam că nu mai pot să respir. Transpiram şi tremuram. Gândurile mi se învârteau, mi-era

frică să nu înnebunesc sau să nu fac infarct. Am tras pe dreapta şi am sunat-o pe soţia mea să mă ducă la urgenţă“.

Frica lui David s-a dovedit a nu fi justificată. Medicul de la camera de gardă i-a spus lui David — un

personaj compozit, bazat pe mai mulţi pacienţi care au făcut terapie cu Hal Arkowitz — că suferise un atac de panică.

Ultima ediţie a Manualului diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale (

5) defineşte atacul de panică drept „apariţia
abruptă a unei frici sau a unui disconfort semnificativ, care atinge un maxim în decurs de câteva minute“—. în plus, trebuie să fie prezente patru simptome

dintr-un tablou de treisprezece. Câteva dintre aceste simptome sunt: tremor sau convulsii, senzaţia de
respiraţie dificilă sau senzaţie sufocantă de durere sau disconfort abdominale, sentimente de

irealitate sau detaşare de sine[3] (depersonalizare) şi frica de a muri, de a pierde controlul sau de a „înnebuni“. Cele mai multe atacuri apar fără vreo provocare evidentă, ceea ce le face si mai

terifiante.[3] între 8% si 10% din [3]

populaţie are ocazional experienţa unui atac de panică, însă doar 5% dezvoltă tulburarea de panică. Aceste episoade, contrar concepţiei eronate răspândite, nu sunt doar nişte accese de

anxietate, aşa cum avem majoritatea dintre noi din când în când. în mod tipic, pacienţii care au un atac de panică îl descriu ca pe cel mai înspăimântător eveniment prin care au trecut vreodată.

Cercetările au oferit explicaţii importante cu privire la cauzele primului atac de panică din viaţa unei persoane — de aici putem obţine indicii care pot ajuta la evitarea, din start, a unui astfel de atac. Atunci când stresul se

acumulează până la un nivel critic, chiar şi o cantitate mică de stres suplimentar poate să declanşeze panica. în consecinţă, persoana poate avea impresia că evenimentul a apărut ca din senin.

Unii oameni au o predispoziţie

genetică de a se panica, aşa cum au arătat într-un articol de sinteză psihologa Regina A. Shih, pe atunci la Johns Hopkins University, şi colegii săi. Tulburarea se transmite în familie şi, dacă un geamăn identic are tulburare de

panică, şansele
ca si celălalt să sufere de acelaşi lucru sunt de
î î
două până la trei ori mai mari decât pentru gemenii neidentici, care sunt mai puţin asemănători la

nivel genetic. Deşi aceste descoperiri nu elimină factorii de mediu, ele sugerează cu fermitate existenţa unei componente genetice.

Tulburarea de panică impune constrângeri severe, scăzând

calitatea vieţii pacienţilor. Aceştia pot fi cuprinşi de o îngrijorare persistentă legată de posibilitatea unor noi atacuri. Agorafobia este frica de situaţii specifice din care persoana simte că i-ar fi greu să mai iasă sau unde ajutorul ar

putea să nu fie disponibil atunci când apar simptome de tipul panicii sau alte manifestări anxioase. Situaţiile temute includ transportul public, locurile închise şi faptul de a rămâne singur în afara casei. în cazurile cele mai

grave, suferinzii pot chiar să nu mai poată ieşi deloc din casă.

De la anxietatea normală la frica paralizantă

Care sunt rădăcinile acestor atacuri de panică atât de debilitante? Psihologul David H.

Barlow, de la Universitatea Boston, care a coordonat cercetări de pionierat în domeniul înţelegerii şi tratării tulburării de panică şi a afecţiunilor asociate, consideră că atacurile de panică apar atunci când este declanşată

reacţia normală de tipul „luptă-sau-fugi“ (bătăi puternice al inimii şi respiraţie accelerată) în faţa unor ameninţări iminente, percepute ca atare din cauza unor „alarme false“, în situaţii în care pericolul real este, de fapt, absent.

(Dimpotrivă, aceeaşi reacţie în faţa unui pericol real este o „alarmare îndreptăţită“.)

Atunci când ne alarmăm din motive false sau îndreptăţite, tindem să asociem reacţiile biologice şi psihice pe care le

declanşează alarmarea noastră cu indicii prezente la momentul respectiv. Aceste asocieri devin nişte „alarmări învăţate“, care pot provoca ulterior noi atacuri de panică.

O alarmare învăţată poate fi

declanşată atât de situaţii externe, cât şi de indicii corporale interne ale excitaţiei fiziologice (cum ar fi rata crescută a bătăilor inimii). De exemplu, unele persoane au atacuri de panică atunci când fac sport, deoarece

excitaţia fiziologică le produce senzaţii corporale similare cu cele din atacul de panică.

De ce unii oameni experimentează doar atacuri izolate, iar alţii dezvoltă o tulburare propriu-zisă de panică?

Barlow a realizat o sinteză a propriilor cercetări şi ale altora, dezvoltând o teorie integrată a tulburărilor anxioase. El afirmă că, pentru a dezvolta tulburarea de panică, sunt necesare anumite predispoziţii:

- *o vulnerabilitate biologică generalizată* la anxietate, care duce la reacţii exagerate fată de evenimentele vieţii de zi cu zi;

3 3 J

- *o vulnerabilitate psihologică generalizată* la a dezvolta anxietate, cauzată de ideea învăţată în copilăria timpurie (din cauza, de pildă, a supraprotecţiei din partea

părinţilor), potrivit căreia lumea este un loc periculos, iar că stresul este copleşitor şi nu poate fi controlat;

- *o vulnerabilitate*

psihologică specifică învăţată în copilărie, pornind de la ideea că unele situatii sau obiecte sunt

3

periculoase, chiar dacă, în

realitate, nu sunt.

Tulburarea de panică se dezvoltă atunci când o persoană care prezintă aceste vulnerabilităţi are parte de un stres prelungit şi de un atac de panică. Primul atac

activează vulnerabilităţile psihologice, creând o hipersensibilitate la indiciile externe si interne asociate cu atacul.

în consecinţă, chiar si unele medicamente, care

conţin stimulanţi slabi, pot provoca apoi un atac.

Totuşi, sunt şi veşti bune. Două descoperiri, în particular, oferă speranţă celor cu tulburare de panică. Prima veste este aceea că toate atacurile de panică sunt

declanşate de evenimente cunoscute, chiar dacă suferindul este inconştient de ele. Faptul că persoana cunoaşte acele evenimente poate să reducă anxietatea asociată cu sentimentul de impredictibilitate. A doua veste

bună, liniştitoare, este că persoana poate să înveţe că atacul de panică este rezultatul unei declanşări nejustificate a reacţiei de tipul „luptă-sau-fugi“, reacţie stârnită în absenţa unui pericol real.

Principalele concluzii ale studiilor realizate nu doar că ne ajută să înţelegem tulburarea de panică, dar au condus şi la tratamente eficiente. îndeosebi Barlow şi asociaţii săi au dezvoltat un tratament pentru controlul

panicii, descris în cartea lor din 2006, *Mastery of Your Anxiety and Panic* [Controlul anxietăţii şi al panicii tale]. Acest tratament constă în educaţia cu privire la tulburarea de panică şi într-o expunere graduală, de mică

intensitate, la indiciile interne si externe care declanşează

atacurile de panică, alături de corectarea interpretărilor catastrofale ale indiciilor corporale, astfel încât acestea să nu mai declanşeze atacuri. Acest

tratament a devenit,

pe termen lung, mai des folosit decât terapiile farmacologice pentru tulburarea de panică.

Lecturi recomandate

Barlow, D.H. (2002), *Anxiety*

and its disorders (ed. a 2-a), New York: Guilford Press.

Barlow, D.H., & Craske, M.G. (2006), *Mastery of your anxiety and panic: Workbook (treatments that work)* (ed. a 4-a), Oxford: Oxford University Press.

Craske, M.G., & Barlow, D.H. (2014), „Panic disorder and agoraphobia“, in D.H. Barlow (coord.), *Clinical handbook of psychological disorders* (ed. a 5-a) (pp. 1-61), New York: Guilford Press.

— American Psychiatric Association, *DSM-5. Manual de diagnostic si clasificare statistică a tulburărilor mintale,* ed. a 5-a, Bucureşti; Editura Medicală Callisto, 2016, p. 214.(JV.t.)

2

Tulburarea de stres posttraumatic presupune în mod obligatoriu o traumă?

Stresul face parte în mod inevitabil din viaţa noastră. Totuşi, de obicei, găsim modalităţi de a face faţă frecuşurilor cotidiene de tipul nemulţumirilor nesfârşite ale unui sef

y y y

răuvoitor sau notificărilor de la Serviciul de Taxe şi Impozite. în cazuri rare însă, unele evenimente îngrozitoare ne pot copleşi capacitatea de a face faţă, paralizându-ne psihic. în astfel de cazuri, există riscul să dezvoltăm o

tulburare de stres posttraumatic (TSPT).

Tulburarea de stres posttraumatic este o tulburare de anxietate marcată de flashbackuri (retrăiri vii, involuntare şi intruzive ale momentelor traumatice —

n.red.), coşmaruri şi alte simptome care ne afectează funcţionarea zilnică. Tulburarea este larg răspândită. Cel puţin în Statele Unite se consideră că afectează circa 8% dintre indivizi la un moment dat pe parcursul vieţii.

Deşi TSPT este una dintre cele mai bine cunoscute tulburări psihice, este şi una dintre cele mai controversate. Durerea psihică intensă, agonia chiar, experimentată de cei care suferă de această tulburare, este în mod

incontestabil una reală. Totuşi, condiţiile în care apare TSPT — în particular, locul central ocupat de traumă ca declanşator — sunt tot mai des puse sub semnul întrebării. Specialiştii în sănătatea mentală considerau în mod

tradiţional tulburarea de stres posttraumatic ca fiind o reacţie tipică, omniprezentă chiar, la traumă. De asemenea, vedeau această tulburare ca pe o formă distinctă de alte tipuri de anxietate generate de vicisitudinile vieţii.

Totuşi, date recente pun la îndoială ambele ipoteze.

Figura 2.1 Sursă: Spirala anxietăţii, de Linoillustration.com

„Şocul de obuze“

Tulburarea de stres posttraumatic

nu a fost formal inclusă în biblia de diagnostic psihiatric, *Manualul de diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale (DSM),* până în
1980. Totuşi, descrieri ale unor sindroame care

) [7]
seamănă cu tulburarea de stres posttraumatic
datează încă din antichitatea sumeriană si
)
greacă — inclusiv în *Riad* lui Homer apare o menţiune. După Războiul Civil American, veteranii

au suferit de „inima soldatului“ (care mai apoi s-a numit „nevroză cardiacă“ — n.red.); în Primul Război Mondial, li s-a spus că suferă de „şocul de obuze“, iar în Al Doilea Război Mondial, termenul folosit a fost „epuizarea de

război“. în anii 1970, unii soldaţi americani care s-au întors din Războiul din Asia de Sud-Est au primit diagnostice informale botezate „sindromul post-Vietnam“, care avea, şi el, o asemănare izbitoare cu descrierea

din DSM a tulburării de stres posttraumatic.

Conform *DSM-5,* tulburarea de stres posttraumatic apare în urma unei „traume“ — definită ca un eveniment extrem de înspăimântător, în care o

persoană trăieşte sau este martoră la evenimente de tipul următor: moartea cuiva, o rănire gravă sau o violenţă sexuală. (Experienţele mai puţin violente, precum problemele grave la nivel relaţional sau cele financiare, nu

sunt considerate traume.) Cei mai frecvenţi factori declanşatori ai tulburării de stres posttraumatic includ, astfel, luptele din timpul războiului, violul, crima, accidentele de maşină, incendiile si dezastrele

naturale, cum ar fi tornadele, inundaţiile si

cutremurele.

TSPT este acum descrisă oficial prin patru seturi de simptome. Acestea includ retrăirea evenimentului prin reamintiri şi

vise intruzive; reprimarea sentimentelor neplăcute prin evitarea amintirilor legate de traumă; gânduri şi dispoziţii negative, inclusiv autoînvinovăţirea pentru evenimentul traumatic si

distanţarea emoţională fată de alti oameni; şi hiperexcitabilitatea, care îi face pe cei afectaţi să se sperie uşor, să doarmă prost şi să fie în stare de alertă faţă de orice potenţiale ameninţări. Aceste

probleme trebuie să dureze cel puţin o lună sau mai mult pentru ca persoana să primească diagnosticul de TSPT.

Imuni la traumă?

După atacurile teroriste de la 11 septembrie 2001, mulţi experţi în sănătatea mentală au prezis cu convingere o epidemie de tulburări de stres posttraumatic, în special în zonele cel mai grav

afectate: New York City şi
Washington, DC. Starea reală a lucrurilor a fost însă mult mai nuanţată. Desigur, mulţi americani au experimentat cel puţin unele simptome posttraumatice ulterior

atacurilor, dar cei mai mulţi dintre cei afectati s-au recuperat rapid. într-un studiu din 2002, psihologa Roxane Cohen Silver, de la Universitatea din California, Irvine, şi colegii săi au arătat că aproximativ 12% dintre americani

au suferit de stres posttraumatic semnificativ timp de nouă, până la douăzeci şi trei de zile după atacuri. La şase luni mai târziu, numărul scăzuse la circa 6%, sugerând că deseori timpul vindecă rănile psihice.

Lucrarea epidemiologului Sandro Galea, de la Academia de Medicină din New York, şi a colegilor săi, publicată tot în 2002, a dezvăluit că după 5-8 săptămâni de la 11 septembrie, 7,5% dintre newyorkezi îndeplineau criteriile

de diagnostic pentru tulburare de stres posttraumatic; dintre cei care locuiau la sud de Canal Street — adică, aproape de World Trade Center —, ratele erau de 20%. Concordante cu alte date, aceste constatări sugerează că

proximitatea fizică este adesea un predictor puternic al reacţiei la stres. Totuşi, ele indică şi faptul că doar o mică parte dintre oameni dezvoltă o patologie posttraumatică semnificativă după expunerea la factori stresanţi

devastatori. într-adevăr, tabloul general de după atacurile de la 11 septembrie este unul al rezilienţei psihice, şi nu al căderii psihice.

La un nivel mai larg, cercetările sintetizate de psihologul George A. Bonanno de la Universitatea

Columbia şi de colegii săi, în 2011, sugerează că doar circa 5-10% dintre oameni dezvoltă în mod tipic tulburări de stres posttraumatic după ce trec prin evenimente de viată traumatice. Si, cu toate că ratele cresc atunci

când factorii de stres sunt severi sau prelungiţi, cu greu trec vreodată de 30%. Excepţii rare pot apărea în cazul traumelor repetate. Intr-un alt studiu din 2011, psihologul Stevan Hobfoll, de la Rush Medical College, şi

colegii săi au raportat că, dintr-un număr de 763 de palestinieni care trăiesc în zone unde violenţa politică este la ordinea zilei, mai mult de 70% prezentau simptome moderate de tulburare de stres posttraumatic şi circa 26% aveau

simptome grave de TSPT.

Constatarea că TSPT nu este o sechelă inevitabilă în urma traumei i-a încurajat pe cercetători să urmărească factorii care prezic o relativă imunitate la această tulburare. Mai multe studii arată

că nivelul ridicat de venituri şi de educaţie, legăturile sociale strânse şi genul masculin tind să confere o rezilienţă crescută, deşi aceşti factori de predicţie sunt departe de a fi perfecţi. Oamenii care de obicei trăiesc foarte puţină

anxietate, vinovăţie, furie, alienare şi alte emoţii neplăcute — adică, cei care au o „emotivitate negativă“ scăzută — sunt şi mai puţin înclinaţi să sufere de tulburare de stres posttraumatic ca urmare a unei traume. Astfel, în

moduri pe care cercetătorii încă nu le înţeleg, anumite caracteristici individuale se combină cu trauma pentru a produce această boală.

Declanşatori afectivi

Nu doar că trauma este

insuficientă pentru a declanşa TSPT, dar nici nu este necesară. Cu

toate că, prin definiţie, clinicienii nu pot diagnostica tulburarea de stres posttraumatic în absenta

unei traume, studii recente sugerează că tiparul simptomatic al TSPT poate apărea şi ca urmare a expunerii la factori de stres care nu implică periclitarea integrităţii corporale. în 2008, psihologul

Gerald M. Rosen, de la Universitatea Washington, şi unul dintre autorii acestui volum (Scott Lilienfeld) au trecut în revistă datele care demonstrau că unele simptome semnificative ale TSPT *pot* apărea în urma unor perturbări

emoţionale cauzate de divorţ, de dificultăţi semnificative la locul de muncă sau de pierderea unui prieten apropiat. într-un studiu din anul 2005, realizat pe 454 de studenţi, psihologa Sari

Gold, de la Universitatea Temple, şi colegii ei au pus în evidenţă faptul că studenţii care experimentaseră factori de stres nontraumatici, precum boala gravă a unei persoane iubite, divorţul părinţilor, probleme

relaţionale sau încarcerarea unei persoane apropiate, raportau rate ale simptomelor de TSPT chiar mai mari decât studenţii care trecuseră prin traume propriu-zise.[y] Luate laolaltă, aceste constatări pun sub semnul

întrebării credinţa foarte veche că aceste simptome ar avea legătură doar cu o ameninţare la adresa integrităţii fizice, în lumina acestor informaţii si a altor date,

unii autori au sugerat că diagnosticul de tulburare de stres

posttraumatic trebuie extins pentru a include reacţiile de anxietate la evenimente care sunt stresante, dar nu sunt terifiante. Totuşi, o asemenea modificare ar putea duce la ceea ce psihologul de la Universitatea Harvard,

Richard J. McNally, numeşte „derivă a criteriilor de diagnostic“ — extinderea graniţelor diagnosticului dincolo de criteriile recunoscute.

Pe lângă această controversă şi altele asemenea, rezultate recente

deschid calea către posibilitatea ca tulburarea de stres posttraumatic să fie o afecţiune mai puţin distinctă decât s-a crezut iniţial si ca

7

7

simptomele ei să poată apărea ca reacţie la o gamă largă de factori intenşi de stres, care fac parte integrantă din condiţia umană.

Lecturi recomandate

Bonanno, G.A., Westphal, M. &

Mancini, A.D. (2011), „Resilience to loss and potenţial trauma“, *Annual Review of Clinica! Psychology, 11,* p. 511-535.

Rosen, G.M. & Lilienfeld, S.O. (2008), „Posttraumatic stress disorder: An

empirical evaluation of core assumptions“, *Qinical Psychology Review, 28(5),* pp. 837-868.

3

Lucruri îngrămădite unele peste altele

Problema tezaurizării compulsive

Lucruri depozitate şi aglomerate,

mormane de lucruri peste tot. Multora dintre noi ne place să cumpărăm şi să păstrăm lucruri, chiar şi atunci când acele obiectele nu ne mai sunt utile. Aproximativ 70% dintre copii au colecţii de obiecte favorite,

precum monede, păpuşi sau cartonaşe cu jucători de fotbal. Mulţi adulţi fac si ei la fel. Adesea oamenii îsi consideră
ˏ
ˏ
posesiile ca pe nişte extensii ale lor şi se ataşează de ele cu tărie.

Totuşi, în rare cazuri, obiceiul de a aduna si

j 7 7 J

păstra lucruri ajunge la extreme nesănătoase, culminând cu tulburarea de tezaurizare

compulsivă, o boală care

este încă puţin

înţeleasă. Mulţi oameni obişnuiţi cred că cei

care suferă de tulburarea de tezaurizare în formă clinică sunt doar prea leneşi să arunce gunoaiele sau că le place să

trăiască aşa, printre ele. Niciuna dintre aceste presupuneri nu pare să fie adevărată. Mai mult, majoritatea specialiştilor consideră de ceva vreme că tezaurizarea exagerată este o variantă a tulburării obsesiv-compulsive (TOC), chiar dacă cele mai recente cercetări sugerează că n- ar fi aşa. Dimpotrivă, boala pare să fie o

versiune exagerată a unei tendinţe, care la bază este adaptativă, de a acumula lucruri care au importanţă pentru persoana respectivă.

O patologie distinctă

Romanul din 1842 al lui Nikolai

Gogol, *Suflete moarte,* prezintă un personaj numit Pliuşkin, un proprietar care păstra aproape tot ce găsea. Sigmund Freud considera tezaurizarea ca pe un simptom al unui tip de personalitate, pe care el l-a numit

„caracter anal“ şi care se pare că apărea în urma aplicării unui antrenament foarte sever legat de învăţarea mersului la toaletă. (Puţini psihologi din ziua de astăzi împărtăşesc această viziune.) La începutul şi spre jumătatea anilor

1990 totuşi tezaurizarea compulsivă a început să fie tot mai des recunoscută ca o problemă clinică gravă. Criteriile de cercetare sistematică a tezaurizării patologice, introduse în 1993 de psihologul Randy O.

Frost de la Smith College, au crescut conştientizarea cu privire la această maladie, la fel cum au făcut numeroase documentare televizate şi programe de tip reality show din SUA, precum *Hoarders* (Strângătorii), *Clean*

House (Casă curată) şi *Hoarding: Buried Alive* (îngropat sub mormane de lucruri).

Până recent, cei mai mulţi specialişti în sănătate mentală considerau tezaurizarea patologică drept un subtip al

tulburării obsesiv-compulsive (TOC). Tezaurizarea era considerată o compulsie — o acţiune repetată, ritualizată, menită să amelioreze anxietatea, la fel ca verificarea repetată a gazului, pentru a ne asigura că n-

am uitat aragazul deschis. Totuşi, conform unui studiu din 2010 realizat de psihologul David Mataix-Cols de la King’s College din Londra, 80% sau mai multe dintre persoanele care manifestă comportamente de tezaurizare

extremă nu îndeplinesc criteriile pentru TOC. De exemplu, mulţi nu au parte de obsesii — gânduri, imagini sau impulsuri recurente ori intruzive —, care sunt larg răspândite în tulburarea obsesiv-compulsivă. Mai mult, cei cu

comportamente de tezaurizare excesivă tind să fie mai săraci, mai bătrâni şi mai înclinaţi la tulburări de dispoziţie şi de anxietate decât cei cu TOC; de asemenea, spre deosebire de cei cu TOC, „strângătorii“ sunt mai

puţin conştienţi de faptul că suferă de o tulburare.

Recunoscând aceste diferente, *DSM-5,* ediţia

3[5] [7]
3

a V-a *Manualului de diagnostic al Asociaţiei Americane de Psihiatrie,*

publicată în 2013, a inclus pentru prima dată tezaurizarea patologică drept o tulburare distinctă.

Conform acestei lucrări, „tulburarea de tezaurizare compulsivă“ este caracterizată

prin dificultăţi extreme şi de durată ale celui suferind de a se despărţi de bunurile personale (de a le debarasa), chiar dacă acestea nu au o valoare reală. Persoanele afectate au impulsuri puternice de a-şi păstra obiectele acumulate

sau se supără foarte tare dacă acestea le sunt aruncate. Casa lor si locul lor de muncă sunt pline de atât de multe lucruri adunate, încât spaţiul este inutilizabil, iar problemele cauzate de acest fapt le afectează grav funcţionarea

cotidiană sau le produc suferinţă. înainte de a diagnostica o tulburare de tezaurizare compulsivă, clinicienii trebuie să elimine afecţiunile medicale care pot duce la tezaurizare. De exemplu, într-un studiu din 1998,

psihiatrul Jen-Ping Hwang, de la Administraţia pentru Veterani din Taipei, şi colegii săi au constatat că 23% dintre pacienţii cu demenţă prezintă comportamente de tezaurizare cu relevantă clinică.

7

Tulburarea de tezaurizare compulsivă pare a fi prezentă în rândul populaţiei în proporţie de 2 până la 5%, ceea ce o face mai prevalentă decât schizofrenia. Afectează bărbaţi si femei

7
7

în număr aproximativ egal. Cel mai adesea oamenii adună cărţi, reviste, ziare şi haine; în unele cazuri, adună zeci de cămăşi, pantaloni si rochii care nu au fost niciodată scoase din ambalaj.

Mai rar, indivizii stochează animale. într-un caz din 2010, autorităţile au găsit mai mult de 150 de pisici care trăiau într-o casă din Powell, Wyoming. „Colecţionarii“ de animale tind să fie mai tulburaţi psihologic decât

alţi tezaurizatori si trăiesc în condiţii mai mizere, conform unui articol din 2011, publicat de Frost şi colegii săi.

0 problemă ce poate deveni fatală

Tezaurizarea poate fi o chestiune gravă, chiar ucigătoare. Dezordinea poate să ajungă la proporţii atât de mari, încât spaţiile de locuit devin practic de

nelocuit, iar pacienţii pot fi nevoiţi să construiască tunele înguste sau „trecători“ pentru a ajunge dintr-o parte în alta a casei. într-un studiu din 2008, psihologul David Tolin de la Institutul pentru Calitatea Vieţii din Hartford, Connecticut, şi

colegii săi au relatat că 2% dintre cei afectati de

y

tulburarea de tezaurizare compulsivă ajung să fie evacuaţi din cauza mizeriei. într-o cercetare din 2009, studentul în psihologie

Gregory Lucini şi colegii săi de la Centrul de Proiecte al Institutului Politehnic Worcester din Melbourne, Australia, au arătat, într-o cercetare pentru licenţă, că tezaurizarea excesivă contribuie la 24% dintre decesele în urma

incendiilor care ar putea fi prevenite. în alte cazuri, persoanele afectate au fost ucise prin sufocarea cauzată de lucrurile colecţionate; în 2013, o femeie de 68 de ani din New Jersey a fost găsită moartă sub grămezi de

gunoi putred, haine, genţi şi alte lucruri care îi aparţineau.

Nimeni nu ştie sigur de ce aceşti suferinzi strâng mormane de lucruri. Un indiciu al bolii însă este faptul că adesea aceste persoane raportează un ataşament

emoţional puternic faţă de obiecte; unii le investesc cu calităţi umane, precum sentimente, recunoscând că acest lucru este iraţional. în alte cazuri, persoanele tulburate insistă să păstreze obiecte vechi, precum haine, „în

caz că vor mai avea nevoie de ele“. Tezaurizarea se moşteneşte în

î
?

familie; într-un studiu din 1993, realizat de Frost şi studenta în psihologie Rachel C. Gross, acum

profesoară la American University, 85% dintre cei afectaţi patologic de tulburarea de tezaurizare compulsivă îşi descriu una sau mai multe rude de gradul întâi (părinţi, copii, fraţi sau surori) ca pe nişte „furnici strângătoare“; acest

procent îl depăşeşte în mod semnificativ pe cel înregistrat la persoanele care nu tezaurizează în exces. într-un studiu din 2009, realizat pe mai mult de 5 000 de perechi de gemeni, psihologa Alessandra C. Iervolino, de la

King’s College Londra, şi colaboratorii ei au constatat că acest tipar familial este influenţat genetic; ei au estimat că transmiterea ereditară a tezaurizării compulsive se ridică la 50%.

Tezaurizarea excesivă poate avea origini evoluţioniste. Comportamentul este prezent la mai multe specii, inclusiv la albine, corbi, rozătoare si maimuţe, asa cum au arătat într-

3 *y* 7 j

un studiu de sinteză din 2013 psihologa Jennifer G. Andrews-McClymont, care este acum la Morehouse College, şi colegii săi.

Această observaţie deschide calea către posibilitatea ca această afecţiune să reflecte un impuls

selectat natural de a stoca resurse pentru perioadele de penurie.

Ajutor pentru persoanele cu tulburare de tezaurizare compulsivă

Tulburarea de tezaurizare compulsivă este greu de tratat, dar unele tipuri de terapie

cognitiv- comportamentală îi pot reduce severitatea, conform unui metastudiu din 2007, realizat de Tolin şi colegii săi. Tratamentul se concentrează pe modificarea credinţelor iraţionale cu privire la valoarea obiectelor şi pe

exersarea, sub îndrumare, a organizării şi debarasării de lucruri. Această intervenţie nu este un panaceu, dat fiind că mulţi pacienţi cu tulburare de tezaurizare compulsivă nu îşi fac „temele“ primite de la terapeut,

adică nu se ocupă de reorganizarea posesiunilor şi de aruncarea lucrurilor inutile.

Opţiunile limitate de tratament pentru persoanele care suferă de tulburarea de tezaurizare compulsivă reflectă parţial

înţelegerea relativ slabă a acestei afecţiuni grave. Prin recunoaşterea formală a tulburării de tezaurizare compulsive în *DSM-5* însă cercetarea cauzelor acumulării patologice va tinde să se intensifice si, odată cu ea, si

promisiunea unor terapii mai eficiente.

Lecturi recomandate

Frost, R.O. & Steketee, G. (2010), *Stuff: Compulsive hoarding and the meaning of Things,* Boston: Houghton Mifflin Harcourt.

Mataix-Cols, D., Frost, R.O., Pertusa, A., Clark, L.A., Saxena, S., Leckman, J.F.... Wilhelm, S. (2010), „Hoarding disorder: A new diagnosis for *DSM-V*“?, *Depression and Anxiety,* 27(6), 556-572.

4

Tratamentul anxietăţii prin desensibilizare şi reprocesare prin mişcări oculare (EMDR —)

O privire mai atentă

Există peste 500 de variante de psihoterapie, altele noi apărând aproape lunar. Deşi un număr mic dintre aceste tratamente neofite sunt testate în studii ştiinţifice,

rămâne la

aprecierea fiecăruia dacă celelalte chiar funcţionează. în ultimii douăzeci de ani, unul

dintre aceşti nou-veniţi în cartierul terapiei s-a evidenţiat prin atenţia

remarcabilă pe care a primit-o din partea mass-media, a practicienilor şi clienţilor din domeniul sănătăţii mentale.

Acest tratament poartă o denumire lungă — „desensibilizare şi procesare prin mişcările

oculare“ — şi a făcut o mare impresie pe scena psihoterapiei. Deloc surprinzător, cei mai mulţi terapeuţi se referă la această abordare prin formula simplă „EMDR“ şi aşa vom face şi noi.

La fel ca alte psihoterapii, EMDR

este o invenţie ce apare ca urmare a unei întâmplări fericite. într-o zi, în 1987, Francine Shapiro, psiholog în California, cu un cabinet privat, a ieşit la plimbare prin pădure. Era preocupată de o mulţime de gânduri tulburătoare. Dar a

descoperit că anxietatea ei se uşura atunci când îşi mişca ochii într-o parte şi în alta, observând împrejurimile. Intrigată, Shapiro a încercat variante ale acestei proceduri cu clienţii ei şi a descoperit că şi ei se simţeau mai

bine. Aşa s-a născut EMDR.

După un studiu iniţial publicat în 1989, EMDR a devenit punctul de interes al unor zeci de cercetări şi zeci de prezentări la conferinţe de specialitate. Shapiro a dezvoltat iniţial EMDR, pentru a-şi ajuta

clienţii să depăşească anxietatea asociată cu tulburarea de stres posttraumatic (TSPT), dar şi alte tulburări de anxietate, precum fobiile. Cu toate acestea, terapeuţii au extins de atunci acest tratament la o mulţime de alte

afecţiuni, inclusiv depresie, disfuncţii sexuale, schizofrenie, tulburări de alimentaţie şi chiar stresul psihic produs de cancer.

Terapeuţii EMDR le cer clienţilor lor să îşi reamintească stimulii care le provoacă anxietate — de

exemplu, amintirea dureroasă a unui accident înspăimântător. în timp ce fac acest lucru, clienţii urmăresc cu ochii mişcările

laterale ale degetului terapeutului, cam la fel ca un personaj dintr-un

vechi film hollywoodian care urmăreşte legănatul ceasului de buzunar al unui hipnotizator. Susţinătorii EMDR invocă o gamă ameţitoare de explicaţii ale aparentei eficacităţi a mişcărilor laterale ale ochilor, printre care se

disting: distragerea, relaxarea, sincronizarea celor două emisfere cerebrale si simularea mişcărilor ochilor din

)__________________*y*

timpul somnului REM (în care ochii se mişcă rapid). împreună cu

terapeuţii lor, clienţii EMDR au învăţat, de asemenea, să înlocuiască gândurile negative (de ex.: „N-o să primesc niciodată acest loc de muncă“) cu gânduri mai degrabă pozitive („Pot să obţin acest loc de muncă dacă mă

străduiesc destul de mult“).

Puţine tratamente psihologice au fost atât de larg lăudate precum EMDR. Unii susţinători ai EMDR au denumit metoda o „cură miraculoasă“ şi o „schimbare de

paradigmă", iar emisiunea *20/20* de la postul tv ABC a proclamat-o drept o „descoperire incitantă" în tratamentul anxietăţii. Peste optzeci de mii de clinicieni au urmat formarea profesională în EMDR, iar Asociaţia Internaţională

pentru EMDR (EMDRIA), un grup de specialişti în sănătatea mentală dedicat promovării acestei tehnici, se laudă cu peste patru mii de membri. Organizaţia estimează că această procedură a fost administrată unui număr de peste

două milioane de clienţi. Mai mult, în unele oraşe americane, psihoterapeuţii îşi menţionează cu mândrie certificările în EMDR în anunţurile lor de promovare. Dar oare funcţionează?

Dovezile

Răspunsul nu este chiar simplu. La fel ca în cazul tuturor psihoterapiilor, putem aborda chestiunea „funcţionării“ EMDR în câteva moduri diferite. Aici ne vom ocupa de trei variante

importante ale acestei probleme: *EMDR funcţionează mai bine decât în cazul în care nu ai face nimic?* Da. Numeroase studii controlate arată că EMDR produce mai multe îmbunătăţiri decât absenta oricărui tratament, cel puţin în

ceea ce priveşte ameliorarea simptomelor comune de tulburare de stres posttraumatic (TSPT), precum cele declanşate de violuri. Dovezile privind eficacitatea EMDR si în cazul altor tulburări anxioase sunt promiţătoare, dar

preliminare. Efectele EMDR în cazul anxietăţii sunt mai pregnante în cazul evaluărilor prin autoraportare; însă impactul metodei asupra valorilor fiziologice legate de anxietate (precum ritmul bătăilor inimii) este

mai puţin clar.

EMDR funcţionează mai bine decât ascultarea suportivă? Probabil. Deşi dovezile ştiinţifice pe acest front sunt mai puţin extinse, cele mai multe studii arată că EMDR produce o mai

bună ameliorare decât condiţiile de control, în

y 7

care terapeuţii doar ascultă cu atenţie problemele clientului, dar nu încearcă să intervină direct. (De precizat că studiile arată că

inclusiv ascultarea activă, în sine, poate produce efecte pozitive.) Astfel, efectele terapeutice ale EMDR probabil că nu pot fi atribuite în întregime consecinţelor benefice ale interacţiunii cu un terapeut blând

şi empatic. Pare să se întâmple ceva în plus.

EMDR funcţionează mai bine decât terapiile standard comportamentale şi comportamentale? Nu. Cele mai multe terapii comportamentale şi

cognitiv-comportamentale pentru anxietate se bazează pe un principiu central al schimbării: expunerea. Adică aceste tratamente funcţionează prin expunerea clienţilor în mod repetat la stimulii care le produc

anxietate, fie că acest lucru are loc în imaginaţie („expunere imaginară“) sau în viaţa reală („expunere *in vivo“).* Atunci când expunerea la fiecare tip de stimul este suficient de îndelungată, anxietatea clienţilor se disipează

în cadrul şi de-a lungul şedinţelor, producând o ameliorare.

Atunci când oamenii de ştiinţă au comparat EMDR cu expunerea imaginară, au constatat diferenţe puţine sau nule. Nu au putut stabili nici dacă EMDR

funcţionează mai rapid decât expunerea imaginară. Cei mai mulţi cercetători au considerat că aceste descoperiri ar însemna că rezultatele EMDR derivă, de fapt, din expunere, pentru că acest tratament presupune, la fel ca în

EMDR, ca pacienţii să vizualizeze în mod repetat imaginile traumatice.

în sfârşit, cercetătorii au descoperit prea puţine dovezi care să arate că mişcarea ochilor din EMDR ar contribui cu ceva în plus

la eficacitatea expunerii imaginare. Atunci când investigatorii au comparat EMDR cu „condiţia ochilor ficşi“ — în care clienţii îşi tin ochii

fixaţi drept înainte —, în mod tipic

nu au constatat nicio diferenţă între efectele celor

Î

două condiţii experimentale. Deci, panoplia ipotezelor invocate pentru eficienţa mişcărilor ochilor din EMDR pare să fie una de tipul

„explicaţiilor în căutarea unui fenomen“.

Astfel, trăgând linie: EMDR ameliorează simptomele anxietăţii traumatice mai bine decât atunci când nu se intervine în niciun fel şi probabil mai bine decât

conversaţiile cu un ascultător suportiv. Totuşi, nu există dovezi (sau sunt prea puţine) că EMDR ar fi o metodă superioară tratamentelor bazate pe acele „expuneri“ pe care terapeuţii

comportamentalişti şi

cognitiv-comportamentalişti le administrează de decenii bune. Parafrazându-1 pe scriitorul şi criticul britanic Samuel Johnson,

psihologul Richard McNally de la Universitatea Harvard a sintetizat frumos adevărul despre EMDR: „Ceea ce are eficacitate în EMDR nu este nou, iar ceea ce este nou nu este eficace“.

Lecturi recomandate

Davidson, P.R. & Parker, K.C.H. (2001), „Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* *305-316.*

Devilly, G.J. (2002), „Eye movement desensitization and reprocessing: A chronology of its development and scientific standing“, *Scientific Review of Mental Health Practice, 1,* 113-138.

~~*Shapiro, F. (1995),*~~ *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures,* ~~*New York: Guilford Press.*~~

~~***Acronim pentru***~~ *Eye Movement*

Desensitization and Reprocessing. (N.t.)

5

Inconvenientele medicatiei

¥

anxiolitice

Mama azi are nevoie de ceva s-o liniştească/ Şi

chiar de nu-i tocmai bolnavâ/O pastiluţâ galbenă cautâ-n grabă/Aleargâ acum la al ei dulap, pentr-un mic fortifiant *****

Asa cum ne reamintesc aceste versuri din

J

1966 din hitul formaţiei Rolling Stones, „Mother’s Little Helper“ (Micuţul fortifiant al mamei), Valiumul şi alte sedative din clasa benzodiazepinelor fac parte de

multă vreme din cultura populară. Dar cât de bine funcţionează aceste medicamente si care sunt pericolele asociate?

La un anumit moment în viată, 25% dintre

americani vor dezvolta o tulburare anxioasă, o tulburare de panică, o fobie, o tulburare obsesiv-compulsivă sau o tulburare de stres posttraumatic. Mulţi alţi oameni vor experimenta probleme semnificative legate de anxietate

şi stres, care nu sunt suficient de severe pentru a susţine un diagnostic formal. De aceea nu este surprinzător faptul că psihiatrii şi psihologii caută tratamente eficiente pentru anxietate. Psihologii trebuie să

caute în primul rând psihoterapii adecvate, iar psihiatrii, în primul rând o terapie farmacologică potrivită.

Principalul tip de psihoterapie care s-a dovedit de ajutor în tratamentul problemelor de

anxietate este terapia cognitiv-comportamentală (TCC).

Denumire comercială	Denumire generică
Xanax	Alprazolam
Klonopin	Clonazepam
Valium	Diazepam
Ativan	Lorazepam

Tabelul 5.1 Benzodiazepine prescrise frecvent pentru anxietate

Această terapie presupune expunerea graduală la situaţiile temute şi implementarea unor metode cognitive de reducere a gândirii catastrofizante, care este atât de frecventă în anxietate. în mod tipic, această terapie obţine

efecte pozitive în aproximativ şaisprezece şedinţe. însă, atunci când problema de anxietate este gravă sau când sunt prezente şi alte probleme psihologice semnificative, terapia poate dura considerabil mai mult.

Două tipuri principale de medicamente sunt folosite pentru a trata anxietatea: inhibitorii
selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI) şi
benzodiazepinele. SSRI-urile, care includ medicamentele Prozac,

Zoloft şi Lexapro, constituie cea mai răspândită terapie medicamentoasă pentru depresie şi s-au dovedit de ajutor şi pentru anxietate. în mod tipic, necesită între două şi patru săptămâni înainte de a începe să-şi facă

efectul şi trebuie luate zilnic. Dimpotrivă, benzodiazepinele funcţionează îndată ce pacientul înghite pilula — în cele mai multe cazuri acestea produc sentimente de relaxare în circa zece până la treizeci de minute.

Benzodiazepinele pot fi luate fie în mod regulat, fie doar la nevoie. Dat fiind modul lor de acţiune, nu este

surprinzător faptul că se numără printre cele mai prescrise

medicamente pentru anxietate (vezi Tabelul 5.1).

în ciuda acestor aspecte atrăgătoare, de utilizarea benzodiazepinelor sunt legate numeroase îngrijorări şi controverse. Mai mult, numeroase

persoane nu cunosc o seamă dintre posibilele efecte adverse legate de aceste medicamente.

Efecte secundare şi sevraj

în general, toate benzodiazepinele au cam aceleaşi efecte calmante, dar ele diferă în

ceea ce

priveşte intensitatea acestor efecte (lucru care depinde şi de dozaj) şi durata în care substanţa rămâne în sistem. Cei mai mulţi dintre cei care iau benzodiazepine

au parte de puţine efecte secundare dacă le iau pentru perioade scurte sau doar la nevoie. Totuşi, din cauză că

y [7]

tulburările de anxietate sunt de obicei cronice, tratamentul cu

benzodiazepine este adesea de lungă durată, crescând riscul apariţiei efectelor secundare nedorite.

Efectele secundare care pot apărea odată cu utilizarea regulată şi extinsă includ, în

primul rând, dependenţa fizică şi psihică, simptome de sevraj (mai ales atunci când medicaţia este oprită brusc), stare de alertă redusă, somnolenţă, oboseală fizică, tulburări ale coordonării fizice şi pierderi de memorie.

Atunci când benzodiazepinele sunt ingerate cu alcool, probabilitatea apariţiei acestor efecte secundare si intensitatea lor cresc foarte mult,

deoarece si medicamentele, si alcoolul sunt

depresori ai sistemului nervos central. în cazuri rare, rezultatele pot fi fatale.

Unul dintre cele mai comune simptome de sevraj este revenirea anxietăţii la acelaşi nivel sau chiar mai rău decât înainte.

Studiile arată că între 50% şi 70% dintre persoanele cu tulburare de panică recad atunci când opresc administrarea de benzodiazepine. Alte posibile simptome de sevraj sunt: dureri şi

crampe abdominale, depresie, ameţeli, letargie (inerţie fizică şi mentală), simptome asemănătoare gripei, palpitaţii, insomnie şi iritabilitate. Oamenii care experimentează sevrajul revin adesea la medicaţia iniţială,

pentru a evita aceste simptome, ceea ce poate duce la un cerc vicios al dependenţei.

Opţiuni noi

Benzodiazepinele şi

medicamentele mai noi care înlesnesc somnul — de exemplu, Ambien şi Lunesta — sunt, şi ele, prescrise în mod obişnuit pentru persoanele care suferă de insomnie, simptom deseori asociat cu tulburările anxioase. Cu toate

că ambele clase de medicamente pot cauza dependenţă, această problemă este mai puţin gravă în cazul somniferelor mai noi. Un studiu recent referitor la un nou tratament medicamentos pentru somn, bazat pe un medicament

nonbenzodiazepinic, denumit Rozerem, a constatat posibilitatea ca acesta să nu prezinte potenţial adictiv şi nici dezechilibre motorii sau cognitive, cu toate că dependenţa psihică rămâne o posibilitate.

Studiile arată că o alternativă fiabilă la medicamentele pentru anxietate sau pentru insomnii de orice fel este terapia cognitiv-comportamentală, care s-a dovedit de mare ajutor pentru pacienţi. Terapia

cognitiv-comportamentală

(TCC) şi benzodiazepinele sunt aproximativ la fel de eficiente pentru anxietate atunci când subiecţii sunt comparaţi înainte şi după

tratament. După oprirea tratamentului însă, cei care s-au bazat pe benzodiazepine înregistrează procente de recădere mai mari. în general, dacă pacienţii continuă să ia medicamentul, ei vor recădea la o

rată mai mică, dar atunci apare riscul efectelor secundare, asociate cu administrarea regulată şi pe termen lung. Dimpotrivă, aceste probleme nu există în cazul TCC. Mai mult, terapia medicamentoasă este considerabil

mai costisitoare decât TCC, deoarece medicamentele trebuie să fie administrate continuu pentru ca efectele să persiste. Dimpotrivă, efectele TCC durează destul de mult după încheierea terapiei.

O combinaţie între terapia cognitiv- comportamentală şi medicaţia anxiolitică este mai bună decât folosirea fiecăreia dintre ele separat? Studiile au constatat că tratamentele combinate (atunci când substanţa

este fie o benzodiazepină, fie un SSRI) nu au rezultate mai bune decât tratamentele aplicate separat şi că subiecţii cărora li s-a administrat medicatie

î î

prezintă rate de recădere

semnificativ mai ridicate atunci când este oprită administrarea medicamentelor.

Deci care este vestea proastă şi care e cea bună? Mai întâi, vestea proastă. Benzodiazepinele funcţionează numai atâta timp cât

continui să le iei. Ele pot cauza dependenţă psihologică şi fiziologică, pot duce la simptome de sevraj grave şi pot avea multe alte consecinţe indezirabile.

>

Acum vestea bună. Folosite doar

la nevoie sau pe termen scurt, benzodiazepinele pot uşura problemele de anxietate, cu efecte secundare minime. Folosite în mod regulat, ele sunt eficiente în reducerea problemelor de anxietate, dar produc efecte

secundare. Scăderea graduală a dozelor, în locul opririi bruşte a administrării, poate minimiza problemele de sevraj.

Oricine caută tratament pentru o problemă de anxietate ar face bine să ia mai întâi în considerare

terapia cognitiv-comportamentală. Acest tratament este mai eficient si mai ieftin decât terapia medicamentoasă şi nu cauzează dependenţă, sevraj sau alte efecte secundare. O a doua opţiune de explorat înainte de a lua

benzodiazepine sunt medicamentele bazate pe SSRI, care au mai puţine probleme legate de dependenţă şi sevraj. Ca o a treia opţiune, benzodiazepinele pot fi de ajutor atunci când sunt folosite sub

monitorizarea strictă a unui psihiatru competent sau a altui medic specialist.

Lecturi recomandate

Barlow, D. (coord.) (2001), *Qinical handbook of psychological*

disorders (ed. a 3-a), New York: Guilford Press.

Montgomery, S.A. & Den-Boer, J.A. (coord.) (2001), *SSRIs in depression and anxiety*, New York, NY, John Wiley & Sons.

Offidani, E., Guidi, J., Tomba, E. & Fava, G.A. (2013), „Efficacy and tolerability of benzodiazepines versus antidepressants in anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis“,

Psychotherapy and Psychosomatics, 82, 355-362.

~~engleza, versurile hitului „Mother's Little Helper" sunt:~~ *Mother needs something today to calm her down/And though she's not really*

ill/There's a little yellow pill/She goes running for the shelter of a mother's little helper. (N.t.)

****** ~~**Acronimul de la**~~ *Selective Serotonine Reuptake Inhibitors* (N.t.)

6

Mindfulnessul poate fi un leac bun pentru anxietate şi depresie?

într-o şedinţă tipică de meditaţie de tip mindfulness, participanţii

stau aşezaţi pe podea, cu ochii închişi, cu spatele drept şi cu picioarele încrucişate, având corpul poziţionat în aşa fel încât să le faciliteze experienţele introspective. Timp de zece până la cincisprezece minute, ei îşi

observă gândurile, ca şi cum ar privi din afară înăuntru. Acordă o atenţie specială respiraţiei şi atunci când mintea lor rătăceşte către alte gânduri, îşi îndreaptă din nou atenţia asupra respiraţiei. în timpul exerciţiului, mintea li se

„goleşte“ de gânduri şi devin mai calmi şi mai împăcaţi.

De multă vreme meditaţia este folosită

)

pentru evoluţia spirituală. Mai recent, în psihoterapie,

cercetătorii şi practicienii şi-au arătat interesul faţă de un tip de meditaţie budistă, concepută să faciliteze conştientizarea, starea de a fi prezent în acest moment, fără a judeca ce se întâmplă. Mindfulnessul s-a dovedit a fi

promiţător în tratarea unei game de tulburări, de la durere la psoriazis (vezi „Being in the Now“, de Amishi P. Jha, *Scientific American Mind,* martie/aprilie 2013). Dar atunci când vine vorba despre tratarea tulburărilor

mentale diagnosticate, dovezile că mindfulnessul ar fi de ajutor sunt neconcludente, cele mai multe date indicând abilitatea acestei tehnici de a reduce depresia clinică şi de a evita recăderile. în acest capitol, vom discuta despre

aceste descoperiri şi despre unele controverse cu privire la aplicaţiile de tip mindfulness.

Deschidere şi acceptare

Oamenii au practicat meditaţia

încă din negurile istoriei. Aceasta a evoluat în multe forme şi este întâlnită practic în fiecare religie importantă. în 2004, psihologul Scott Bishop, aflat pe atunci la Universitatea din Toronto, şi colegii săi au definit mindfulnessul

ca fiind menţinerea atenţiei asupra experienţelor din prezent şi adoptarea unei atitudini faţă de ele caracterizată prin curiozitate, deschidere şi acceptare.

Cercetătorii în domeniul psihoterapiei au dezvoltat si

evaluat variante ale mindfulnessului în scopuri terapeutice. De exemplu, exerciţiile de „reducere a stresului prin mindfulness“ reduc, aşa cum sugerează şi denumirea lor, stresul psihic. Terapia cognitivă bazată pe

mindfulness, pe de altă parte, integrează mindfulnessul cu metode concepute pentru modificarea gândurilor disfuncţionale, gânduri ce conduc adesea la emoţii şi comportamente problematice.

Ca remediu pentru depresie şi anxietate, meditaţia de tip mindfulness îi poate ajuta pe pacienţi să renunţe la gândurile negative în loc să se concentreze obsesiv pe ele. Antrenamentul pentru trăirea deplină a

prezentului, în locul permanentei retrăiri a trecutului sau al contemplării viitorului, ajută la menţinerea mintii în afara unei bucle

depresive sau anxioase.

într-adevăr, există dovezi ale

eficacităţii acestui exerciţiu de meditaţie în ceea ce priveşte ameliorarea simptomelor de depresie şi posibil de anxietate. într-o metanaliză din 2010 (o revizuire cantitativă), psihologul Stefan Hofmann, de la

Universitatea Boston, şi colegii săi au examinat studii care au testat două forme de meditaţie mindfulness: ca remediu pentru tulburări de anxietate, respectiv depresie. Ei au constatat că şedinţele de meditaţie duc la

îmbunătăţiri semnificative în ambele afecţiuni imediat după terapie, precum şi la aproximativ trei luni după intervenţie. Dat fiind numărul relativ mic de studii bine concepute de la acea vreme, autorii au fost precauţi, în

mod justificat, în concluziile lor.

Totuşi, o metaanaliză din 2013 susţine parţial evaluarea favorabilă din 2010. în acest studiu de sinteză, psihologul Bassam Khoury, pe atunci la Universitatea din

Montreal, şi colegii săi au constatat că ambele tipuri de terapii de tip mindfulness sunt eficace pentru tulburările de depresie şi anxietate, deşi nu mai mult decât terapia cognitivă folosită fără mindfulness, în alte

studii, mindfulnessul a obtinut

scoruri mai slabe în ceea ce priveşte efectul terapeutic pentru tulburările de anxietate. într- o metaanaliză publicată în 2015, psihologa Clara Strauss, de la Universitatea din Sussex (Anglia),

şi asociaţii ei au constatat că tratamentele bazate pe mindfulness sunt eficace pentru depresie, dar nu şi pentru tulburările de anxietate. Rezultatele pentru anxietate sunt diferite de la o cercetare la alta (şi

din motive variate), dar e posibil ca aceasta să fie din cauza diferenţelor dintre populaţiile de pacienţi studiate. De exemplu, unele studii includ indivizi afectaţi de tulburări de anxietate care au şi alte probleme importante de

sănătate somatică, precum cancerul, în timp ce altele nu includ astfel de subiecţi. Cât de bine funcţionează mindfulnessul depinde într- o anumită măsură si de sursa anxietăţii pacientului.

Prevenirea recăderii

Cel mai clar beneficiu mental al mindfulnessului ar putea fi micşorarea ratelor de recădere la o subclasă de indivizi cu depresie. Prevenirea recăderii este o provocare crucială pentru

terapeuţi, întrucât ratele de recădere în depresia clinică sunt extrem de înalte. Până la 60% dintre cei care au avut un episod depresiv vor avea unul sau mai multe episoade adiţionale; cei care deja au avut o recădere vor avea,

în proporţie de 60-90%, şi alte episoade similare; iar dintre cei care au trecut prin trei sau mai multe episoade depresive, 95% dintre ei vor avea recăderi.

Mindfulnessul pare să fie o metodă deosebit de potentă ca măsură de

prevenţie pentru pacienţii care au recăzut în depresie de trei sau de mai multe ori. într-un studiu avangardist asupra efectelor terapiei cognitive centrate pe mindfulness în cazul depresiei recurente, publicat în anul 2000,

psihologul John Teasdale, pe atunci la Consiliul de Cercetare Medicală din Cambridge (Anglia), şi colegii săi au comparat persoane care primeau tratamente obişnuite, precum şedinţe cu medici de familie, cu

psihiatri ori terapeuţi, cu cei care aveau acces la terapia cognitivă centrată pe mindfulness. Subiecţii au fost urmăriţi timp de mai mult de un an. La cei care au experimentat trei sau mai multe episoade de depresie, terapia cu

mindfulness a redus în mod semnificativ ratele de recădere în comparaţie cu tratamentele uzuale. Dar nu apare nicio diferenţă între grupurile formate din persoanele care au avut două sau mai puţine episoade

depresive. Aceste rezultate surprinzătoare au fost confirmate în alte câteva studii.

Deşi nimeni nu cunoaşte cu precizie de ce beneficiile mindfulnessului ar fi mai mari decât pentru eşantionul de

pacienţi cu trei sau mai multe recăderi, am putea extrage câteva indicii dintr-un studiu pe aceeaşi tematică realizat în 2004 de Teasdale şi psihologa S. Helen Ma, care lucra pe atunci tot la Consiliul de Cercetare Medicală din

Cambridge. Cercetătorii au constatat că, pentru indivizii care au avut două sau mai puţine episoade depresive, evenimentele de viaţă adverse, precum un deces în familie sau o despărţire, au fost stimuli frecvenţi pentru

recădere, dar că acest tip de evenimente externe a fost mai puţin frecvent asociat cu recăderi la subiecţii care au avut căderi depresive de trei ori sau mai mult. Cercetătorii au formulat ipoteza că, în momentul în care o

persoană are trei sau mai multe episoade depresive, evenimentul negativ semnificativ nu mai este necesar pentru recădere. în schimb, în mintea acestor persoane se formează o asociere puternică între dispoziţiile

negative frecvente şi gândurile depresive. Atunci când o persoană care s-a recuperat din depresie experimentează o dispoziţie uşor negativă, acea dispoziţie poate activa gânduri precum „Iar mă ia!“, declanşând un episod

depresiv în toată regula, în aceste cazuri, mindfulnessul poate ajuta la ruperea ciclului, prin încurajarea indivizilor să se lase mai puţin afectaţi de gândurile nefericite fugitive, astfel încât să nu mai ajungă la un nou episod de

tulburare afectivă.

Prin astfel de mecanisme, terapia cognitivă centrată pe mindfulness, respectiv metoda reducerii stresului prin mindfulness se califică drept remedii pentru depresie şi, posibil,

pentru anxietate. Mai mult, terapia cognitivă bazată pe mindfulness oferă avantaje clare în prevenirea recăderii la pacienţi care au avut mai mult de două episoade de depresie. (Capacitatea acesteia de a preveni recăderea pentru

tulburările de anxietate nu este dovedită.) Nimeni nu înţelege clar cum sau în ce măsură tratamentele bazate pe mindfulness contribuie la vindecare în cazul acestor tulburări. Cu toate acestea, astfel

de tehnici constituie o nouă si interesantă direcţie în psihoterapie.

Lecturi recomandate

Gu, J., Strauss, C., Bond, R. & Cavanagh, K. (2015), „How do

mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies“, *Clinical Psychology Review*, 37,

pp. 1-12.

Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A. & Oh, D. (2010), „The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta- analytic review“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 78(2), pp. 169-

183.

Teasdale, J.D., Williams, J.M.G. & Kabat- Zinn, J. (2014), The mindful way workbook: An 8- week program to free yourself from depression and emotional distress,

New York: Guilford Press

7

Pot plantele să uşureze anxietatea şi depresia?

Terapiile bazate pe plante medicinale sunt uimitor de

populare în rândul publicului american. în 2008 statisticianul Patricia M. Bames, de la Centrul Naţional pentru Statistică în Sănătate, şi colegii săi au raportat că aproape 20% dintre copiii şi adulţii din Statele Unite au folosit o

plantă medicinală în ultimul an. în 1998, o echipă condusă de medicul David M. Eisenberg, de la Harvard Medical School, a arătat că utilizarea plantelor medicinale pentru probleme somatice şi mentale a crescut cu 380% între

1990 si 1997.

Entuziasmul nostru pentru medicina naturistă este fără îndoială alimentat de costul mare al medicamentelor prescrise cu reţetă, de faptul că acestea nu funcţionează pentru toată lumea şi

de interesul în creştere pentru remediile naturiste. Mai mult, mulţi oameni presupun în mod eronat că substanţele naturale sunt în mod inerent mai sigure decât medicamentele de sinteză.

Utilizarea plantelor ca tratament

datează cel puţin din anul 3000 î.Hr. Astăzi această practică face parte dintr-o mişcare mai largă, cunoscută sub denumirea de „medicină complementară şi alternativă“. Mulţi oameni apelează la astfel de tratamente —

care includ şi terapii precum acupunctura, aromaterapia şi masajul — pentru problemele lor psihice. într- un studiu din 2001, sociologul Ronald C. Kessler, de la Harvard Medical School, şi asociaţii săi au constatat că mai

mult de jumătate dintre oamenii cu atacuri de panică sau cu depresie severă apelaseră în anul precedent la o formă de terapie alternativă, inclusiv fitoterapie, de obicei fără vreo supraveghere medicală de specialitate.

Cu toate acestea, nu există studii privind valoarea terapeutică sau efectele secundare pentru cele mai multe dintre plantele medicinale. Studiile realizate cu privire la două tratamente pe bază de plante — kava, pentru

anxietate, şi sunătoarea, pentru depresie — arată că unele substanţe derivate din plante îi pot ajuta pe cei cu probleme psihice, dar dovezile adunate până acum sunt neconcludente.

Fii calm, relaxează-te

Locuitorii insulelor din Pacific folosesc de mult timp un extract din rădăcina de kava (*methysticum),* plantă specifică acestor insule, pentru scopuri sociale, ceremoniale şi medicinale,

inclusiv pentru relaxare şi reducerea anxietăţii. Introdus în Statele Unite

)

în anii 1980, extractul de kava este cel mai des servit ca băutură, pe care americanii o pot degusta

acum în oricare dintre numeroasele baruri kava. Barul Purple Lotus Kava din West Palm Beach, Florida, de exemplu, oferă „o alternativă populară la viaţa de noapte clasică plictisitoare, un loc unde să te opreşti şi să te relaxezi

cu adevărat".

Pentru tratamentul anxietăţii, în general oamenii cumpără extract de kava din farmacii şi din magazinele de produse naturiste. Unele rezultate experimentale sugerează că această rădăcină are

proprietăţi anxiolitice. într-un articol de sinteză publicat în 2010, medicul Max H. Pittler, de la filiala germană a organizaţiei caritabile şi de cercetare medicală Cochrane (de la Universitatea din Freiburg), şi medicul Edzard Ernst, de la

Peninsula Medical School din Exeter (Anglia), au analizat douăsprezece studii valid concepute care comparau kava cu un placebo, pentru
tratamentul anxietăţii. Au
constatat că, în

) [7]

ameliorarea anxietăţii generalizate, kava este mai eficientă decât substanţa nonactivă, dar

y [7]

diferenţa dintre cele două, la nivel de eficienţă, era mică. Din

nefericire, destul puţine studii s-au calificat pentru a fi incluse în acea revizuire, iar investigaţiile analizate au prezentat diferenţe în ceea ce priveşte dozele şi rădăcinile de kava utilizate, durata tratamentului şi severitatea

anxietăţii pacienţilor.

în plus, deşi această plantă este relativ sigură, nu ar trebui să fie folosită fără indicaţia medicului. Efectele ei secundare pot include deranjamente stomacale, nelinişte, dureri de cap şi

oboseală. Rapoartele medicale arată că rădăcina de kava cauzează afecţiuni hepatice, ceea ce a condus în 2002 la avertismente venite din partea Administraţiei pentru Alimente şi Medicamente din SUA, precum şi

la interzicerea kava în câteva tări. Cercetări

ulterioare au liniştit aceste îngrijorări şi interdicţiile au fost ridicate. Chiar si asa, nu

putem elimina posibilitatea ca

rădăcina de kava să cauzeze afecţiuni ale ficatului, deoarece, pentru câteva cazuri de probleme hepatice, nu există explicaţii alternative, care să indice alţi factori cauzali.

Mai îngrijorătoare sunt

interacţiunile dintre kava şi alte medicamente. Kava poate intensifica starea de somnolentă dacă este luată cu sedative, somnifere, antipsihotice sau alcool, crescând riscul de accidente în timpul unor activităţi

precum conducerea autovehiculelor şi controlul unor echipamente masive. De asemenea, poate creşte efectele sedative ale anticonvulsivelor şi poate înrăutăţi efectele secundare asociate cu medicatia

antipsihotică.

Oamenii de stiintă au studiat si alte remedii bazate pe plante şi dedicate calmării anxietăţii. Câteva studii arată, de exemplu, că elixirul de lămâie şi valeriana au efect

calmant. Totuşi, dovezile care susţin eficacitatea lor sunt si mai puţine decât cele pentru kava. Iar pericolele potenţiale asociate cu ele sunt la fel de neclare.

Plante antidisperare

Sunătoarea (*Hypericum perforatum),* o plantă folosită de-a lungul istoriei pentru alungarea spiritelor rele, este planta medicinală cea mai răspândită contra depresiei. într-un studiu de

sinteză din 2009, medicul Klaus Linde, de la Universitatea Tehnică din München, şi colegii săi au evaluat douăzeci şi nouă de studii valide despre sunătoare, administrată ca pilulă pentru depresia majoră. în esenţă,

studiile au sugerat că planta este mai eficace decât administrarea de placebo şi că este la fel de eficace ca antidepresivele, precum Prozacul, dar că are mai puţine efecte secundare.

însă nu toate studiile pe care le-

a analizat echipa lui Linde au evidenţiat un avantaj al sunătoarei faţă de placebo. în plus, două cercetări la scară largă realizate în Statele Unite au oferit o susţinere limitată a ideii că

y

sunătoarea ar putea ameliora

depresia. Unul dintre acestea, un studiu din 2011 condus de psihiatrul Mark H. Rapaport, pe atunci la Spitalul Cedars-Sinai din Los Angeles, a indicat că planta nu este mai eficientă decât placeboul pentru depresia slabă sau

moderată. Astfel, această plantă medicinală ameliorează unele cazuri de depresie, dar dovezile sunt departe de a fi imbatabile.

Sunătoarea nu este lipsită de unele riscuri. Poate cauza deranjamente stomacale, urticarie,

oboseală, nelinişte, dureri de cap şi confuzie. Mai gravă este posibilitatea, deşi este una rară, ca aceasta să interfereze cu păstrarea sarcinii, să agraveze demenţa sau să declanşeze psihoza la persoanele vulnerabile.

Şi, la fel ca antidepresivele tradiţionale, sunătoarea poate declanşa un episod maniacal la persoanele cu tulburare bipolară. Planta poate interacţiona, de asemenea, în mod periculos cu alte substanţe. Dacă este luată cu

anumite antidepresive, poate cauza creşteri ale neurotransmitătorului serotonină, ameninţând

y

7
y

chiar viaţa pacienţilor. De asemenea, poate reduce

eficacitatea pilulelor anticoncepţionale, a medicaţiei cardiace şi a tratamentelor pentru HIV, printre altele.

Şi medicamentele aprobate pentru anxietate şi depresie pot veni cu riscuri asociate, dar pe

acestea se presupune că Administraţia pentru Alimente si Medicamente le monitorizează si le

face publice. Dimpotrivă, nicio agenţie guvernamentală nu

reglementează tratamentele bazate pe plante. Mai mult, faptul că medicii nu prescriu plante medicinale — adesea nici măcar nu ştiu că pacienţii le

folosesc — creste riscul interacţiunii lor cu
î)
medicamentele. Mai mult, se cunosc relativ puţine lucruri despre puritatea sau efectele pe termen lung ale remediilor naturiste sau cu privire la dozele

optime pentru o anumită afecţiune.

în ciuda acestor îngrijorări, reclamele la remediile naturiste prezintă adesea promisiuni exagerate şi nerealiste. Un anunţ online pentru o pastilă anxiolitică,

denumită Seredyn, care conţine un amestec de plante în general netestate, susţine că „peste 93% dintre utilizatorii de Seredyn cu anxietate ocazională si 85% dintre cei cu anxietate cronică raportează rezultate pozitive şi că

80-83% dintre utilizatorii cu atacuri de panică şi de anxietate spun că Seredynul ajută la prevenirea şi oprirea atacurilor“. Astfel de testimoniale sunt în esenţă lipsite de sens, dacă nu sunt susţinute de date verificabile.

Totuşi, tratamentele naturiste mai sigure şi mai eficiente pentru anxietate şi depresie ar putea exista pe viitor. Poate că într-o zi oamenii de ştiinţă vor descoperi în natură o mare farmacie care să ne ofere noi remedii pentru un

spectru larg de tulburări mentale.

Lecturi recomandate

Sarris, J., McIntyre, E. & Camfield, C.A. (2013), „Plant-based medicines for anxiety disorders, part 2: A review of clinical

studies with supporting preclinical evidence“, *CNS Drugs*, 27, pp. 301-319.

Wallach, H. & Kirsch, I. (2015), „Herbal treatments and antidepressant medication: Similar

data, divergent conclusions“, in S.O. Lilienfeld, S.J. Lohr, & J. Lohr (coord.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (ed. a 2- a) (pp. 364-388), New York: Guilford Press.

Par

tea

a

II-a

Tulburările de dispoziţie
Introducere

DSM-5 organizează tulburările asociate cu depresia în două categorii: tulburările

depresive şi tulburarea bipolară (denumită anterior tulburare maniaco-depresivă). Prevalenţa lor pe durata întregii vieţi este de aproximativ 20% pentru cele dintâi şi, respectiv, de aproximativ 1% pentru ultimele.

Există câteva tipuri de tulburări depresive, printre care şi depresia majoră şi depresia persistentă (distimia). Simptomele depresiei majore includ tristeţea severă şi pierderea interesului sau plăcerii legate de activităţile cotidiene,

sentimente de lipsă de valoare, gânduri suicidare şi tentative de suicid, fatigabilitate şi probleme de atenţie şi concentrare. Acest tip de depresie este adesea autolimitai şi intercalat cu perioade de dispoziţie relativ

normală, dar are o rată înaltă de recurentă. Afecţiunea asociată, anume

tulburarea depresivă persistentă, este în mod tipic mai blândă, dar tinde să se cronicizeze; poate persista chiar pe durata întregii

vieţi. Mulţi oameni faimoşi au suferit probabil de una sau de ambele dintre aceste condiţii,

y 7

inclusiv actorul Brad Pitt, cântăreaţa Lady Gaga, prim-ministrul britanic Winston

Churchill (care se referea la depresie ca la „câinele său negru“) şi preşedintele Statelor Unite Abraham Lincoln.

Oamenii cu tulburare bipolară parcurg în mod tipic cicluri în care alternează perioadele de depresie

cu cele de manie sau cu o formă mai puţin gravă, cunoscută ca hipomanie. Simptomele pot include sentimentul de grandiozitate, euforia, hiperactivitatea, nevoia scăzută de somn şi comportamente

impulsive, cum ar fi episoadele de cheltuieli exagerate. Mulţi oameni faimoşi probabil că au suferit de tulburare bipolară, inclusiv comediantul Robin Williams, actorul Jean-Claude Van Damme, pictorul Vincent van Gogh şi

compozitorul Ludwig van Beethoven.

în ciuda severităţii tulburărilor depresive şi bipolare, aceste persoane faimoase şi altele ca ele au reuşit să funcţioneze bine cu astfel de tulburări de dispoziţie. Cu

toate acestea, viaţa multor oameni care suferă de aceste tulburări este semnificativ afectată.

Câteva dintre întrebările despre tulburările depresivă şi bipolară pe care le examinăm critic în această

secţiune sunt:

- Este depresia cauzată de un dezechilibru chimic?
- Dacă îi vorbim pacientului despre sinucidere, va creşte tendinţa sa către

suicid?
Cresc ratele de suicid în timpul vacantelor de iarnă?

Este depresia aproape întotdeauna cauza primară a sinuciderilor?

Este adevărat că o persoană care a avut deja o tentativă de suicid va fi mai puţin tentată să se sinucidă?

Este terapia electroconvulsivă, adesea denumită „terapia cu

şocuri“, o procedură brutală, care mai mult dăunează decât face bine?

Oamenii cu boli mentale grave, precum tulburarea bipolară, sunt oare mai creativi decât alţii?

Pierderea unei persoane iubite duce în mod inevitabil la suferinţă gravă şi la depresie?

8

Tulburările bipolare şi creativitatea

Adevăr psihologic sau legendă urbană?

Credinţa că nebunia si creativitatea sunt intim legate are

o istorie îndelungată. Aristotel susţinea că geniul nu apare niciodată fără o tentă de nebunie, iar poetul britanic din secolul al XVII-lea John Dryden scria că „marea înţelepciune şi nebunia sunt sigur aliaţi apropiaţi,

despărţiţi de nişte linii foarte fine“. Chiar şi astăzi este larg răspândită percepţia că boala mentală severă si creativitatea sunt strâns asociate. Viziunea geniului artistic chinuit îşi găseşte expresia într-o mulţime de cărţi şi filme cu priză

la public, aşa cum este filmul din 2000 *Pollock,* o descriere biografică a talentatului şi tulburatului pictor abstract american Jackson Pollock (în glumă poreclit „Jack the Dripper“******* pentru stilul său

unic de a arunca vopseaua pe pânză).

Aşa cum vom descoperi în continuare, cercetările arată că există cel puţin un sâmbure de adevăr în acest stereotip popular. în acelaşi timp, legătura dintre

boala mentală şi creativitate pare să fie, în mare, specifică pentru tulburarea bipolară (cândva denumită tulburare maniaco-depresivă) şi bolilor îndeaproape asociate cu aceasta. Chiar şi aşa, această legătură, boală-

creativitate, este mai complexă decât au presupus anterior oamenii
de stiintă.
î î

Deasupra tuturor

Deşi cercetări anterioare au sugerat că persoanele cu schizofrenie au înclinaţii către creativitate, cele mai multe dintre aceste studii nu au rezistat testului timpului. Mai recent, interesul s-a

deplasat asupra indivizilor cu tulburare bipolară, care sunt înclinaţi către episoade maniacale (manie), ce alternează cu puseuri de depresie severă. în timpul maniei, oamenii experimentează creşteri dramatice de energie,

stări intense de dispoziţie pozitivă şi de încredere în sine, care merg până la grandoare. în mod tipic, aceşti indivizi dorm foarte puţin, îşi asumă riscuri necaracteristice, sunt uşor de distras şi raportează gânduri necontrolate. în aceste

momente, devin adesea mai vorbăreţi şi mai activi decât de obicei, făcând în mod frecvent planuri măreţe şi nerealiste, care rămân fără nicio urmare. Dat fiind că episoadele de manie sunt de obicei marcate de explozii enorme

de energie, fericire şi gândire rapidă, nu este surprinzător faptul că unii cercetători au presupus că acestea sunt legate de o probabilitate crescută a performanţelor creative.

Genii chinuite

într-adevăr, un articol din 1987, publicat de psihiatra Nancy Andreasen de la Universitatea din Iowa, a arătat că 80% dintr-un eşantion de

30 de autori recrutaţi de la

Atelierul Scriitorilor din Iowa (în comparaţie cu doar 30% dintr-un grup de control, un grup de persoane care nu erau scriitori) au suferit de tulburări de dispoziţie la un moment dat în viaţa lor; ratele tulburării bipolare

erau deosebit de crescute. în mod similar, într-o evaluare din 1989 a 47 de autori britanici care câştigaseră premii prestigioase, psihologa Kay Redfield Jamison, de la Universitatea Johns Hopkins, a raportat că 38% dintre subiecţi

aveau o istorie

îndelungată de tratament pentru tulburări de dispoziţie, cele mai frecvente fiind tulburarea bipolară şi condiţiile asociate acesteia.

Asa cum au observat Jamison si alţii,

legăturile cu tulburarea bipolară se extind dincolo de domeniul literaturii, la artă si

muzică. Dintre marii compozitori, de exemplu, figuri precum Georg

Friedrich Händel, Hector Berlioz, Piotr Ilici Ceaikovski şi Gustav Mahler, au fost retrospectiv diagnosticate de unii experţi ca fiind suferinde bipolare, deşi astfel de evaluări trebuie luate cu precauţie, dat fiind că sunt bazate

pe dovezi istorice indirecte. Un exemplu frapant este cel al compozitorului german din secolul al XIX-lea Robert Schumann, care a ţinut jurnale detaliate şi a scris numeroase scrisori care îi înfăţişau schimbările de dispoziţie. Pe baza

acestor scrieri, mulţi istorici psihologi şi psihiatri au conchis că Schumann îndeplinea criteriile pentru tulburarea bipolară. Aşa cum a demonstrat Jamison, se pare că productivitatea lui Schumann creştea atunci când

experimenta episoade maniacale sau hipomaniacale (o manie uşoară); de exemplu, în 1850, a scris în manieră maniacală douăzeci şi patru de compoziţii remarcabile. Dimpotrivă, se pare că atunci când era depresiv clinic,

productivitatea lui Schumann era la pământ; de exemplu, în 1840, în timpul unei depresii profunde, nu a scris nicio piesă muzicală.

Totuşi, aşa cum observa psihologa Judith Schlesinger de la Institutul pentru Cercetarea

învăţării din San Bernardino, California, într- un articol din 2009, studiile lui Andreasen si

Jamison prezentau probleme metodologice grave. Diagnosticele de tulburare bipolară puse în

ambele investigaţii au fost decise chiar de Andreasen şi Jamison, care se poate să fi fost subiectivi în evaluările lor; mai mult, studiul lui Jamison nu avea un grup de control, de persoane care nu creează. însă cercetările ulterioare

au abordat pe larg aceste critici. De exemplu, analizând un sondaj pe o populaţie largă, realizat în 2010, economistul Carol Tremblay, de la Universitatea de Stat Oregon, şi colegii săi au constatat că tulburarea bipolară

este prezentă în mod disproporţionat printre profesiile artistice şi meşteşugăreşti, inclusiv la profesorii de literatură, pictură, muzică şi scenografie.

O legătură complexă

Cu toate că asocierea dintre tulburarea bipolară si creativitate este una suficient de solidă, altele sunt variabilele care determină această relaţie. Aşa cum observau psihologii Greg Murray, de la

Universitatea de Tehnologie Swinbome (Australia), şi Sheri Johnson, de la Universitatea Berkeley din California, într-un studiu de sinteză din 2010, cele mai multe cercetări sugerează că legătura cu creativitatea este mai

puternică în episoadele hipomaniacale decât în cele maniacale. Episoadele hipomaniacale se întâlnesc adesea în tulburarea ciclotimică, ce se caracterizează prin schimbări pronunţate de dispoziţie, dar mai

puţin extreme decât cele din manie sau din depresia clinică. Această cercetare a pus în evidenţă ipoteza neaşteptată conform căreia, cu toate că o „doză“ moderată de manie este de ajutor pentru creativitate, o

doză extremă o poate înăbuşi, probabil din cauză că afectează judecata şi concentrarea. Aşa cum au indicat Murray şi Johnson, un alt neajuns este faptul că asocierea dintre tulburarea bipolară şi creativitate pare să fie

limitată la creativitatea artistică, literară şi muzicală mai degrabă decât la cea ştiinţifică. Poate pentru că realizările ştiinţifice extraordinare necesită o disciplină mentală strictă şi concentrarea persistentă pe o singură

problemă, ceea ce este în mare măsură incompatibil cu tendinţele maniacale.

O altă întrebare este dacă mania corelează cu o calitate crescută a producţiei artistice şi muzicale sau doar cu o cantitate

superioară de material artistic. Poate că oamenii aflaţi în plin episod maniacal pur şi simplu generează mai mult „conţinut“, atât bun, cât şi prost. O analiză din 1994 a compoziţiilor lui Schumann, realizată de psihologul

Robert Weisberg de la Universitatea Temple, aruncă o lumină asupra acestui aspect. Weisberg a măsurat calitatea lucrărilor lui Schumann, calculând de câte ori a fost înregistrată fiecare dintre ele de către diverşi

muzicieni. Weisberg a descoperit că episoadele maniacale şi hipomaniacale ale lui Schumann erau asociate cu o cantitate compoziţională crescută, dar nu si cu o calitate bună. Totuşi, asa cum a observat

psihologul Bruno Repp de la Universitatea Yale în comentariul său din 1995 pe marginea analizei lui Weisberg, popularitatea nu reflectă în mod necesar calitatea. Mai mult, deoarece Weisberg a

examinat un singur compozitor, juriul încă mai deliberează cu privire la dilema calitate-cantitate.

Mecanisme maniacale

Oamenii de stiintă nu stiu de ce tendinţele

y y y y

bipolare sunt asociate cu o

creativitate crescută. Totuşi, cercetătorii au descoperit unele indicii intrigante. Chiar şi indivizii sănătoşi cu înclinaţie către episoade maniacale tind să prezinte niveluri crescute ale unei trăsături de personalitate

denumite „deschiderea către experienţă“, care cuprinde curiozitatea intelectuală si voinţa de a încerca

lucruri noi. între episoade, indivizii cu tulburare bipolară au de obicei niveluri crescute de impulsivitate

şi emoţii pozitive, care pot să-i propulseze către asumarea de riscuri creative în timpul exploziilor crescute de energie din hipomanie şi manie. Mai mult, în timpul episoadelor maniacale, indivizii sunt capabili să perceapă

conexiuni între evenimente aparent fără legătură, aceasta fiind o marcă a gândirii creative. Alţi savanţi susţin că depresia trăită de indivizii bipolari joacă şi ea un rol.

într-un studiu din 1988, psihiatrii

Hagop Akiskal şi Karen Akiskal, care lucrau pe atunci la Facultatea de Medicină de la Universitatea din Tennessee, au presupus că suferinţa psihică resimţită de indivizii depresivi le furnizează insighturi emoţionale profunde,

care se pot transforma în produse artistice în timpul episoadelor hipomaniacale şi maniacale. Cu toate acestea, lipsesc cercetările sistematice care să susţină această ipoteză.

în anii ce vin, cercetătorii vor

ajunge aproape cu siguranţă la o mai bună înţelegere a legăturii fascinante dintre tulburarea bipolară si creativitate. Atunci când vor reuşi acest lucru, descoperirile lor vor arunca probabil o lumină nouă, nu doar

asupra manifestărilor tulburării bipolare, dar şi asupra originilor enigmatice ale geniului creativ.

Lecturi recomandate

Murray, G. & Johnson, S.L. (2010), „The clinical significance

of creativity in bipolar disorder“, *Clinical Psychology Review, 30(6),* 721-732.

Schlesinger, J. (2009), „Creative mythconceptions: A closer look at the evidence for

the «mad genius» hypothesis“, *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts,* 3(2), 62-72.

7^7^

Joc de cuvinte între *Jack thc Drippcr* (Jack Picurătorul) şi porecla ucigaşului legendar *Jack thc Rippcr* (Jack

Spintecătorul), cu trimitere la mişcările cu care pictorul aruncă vopseaua pe pânză, asemănătoare celor pe care le-ar face un ucigaş care îşi spintecă victima. (*N.t.*)

9

Doliu fără lacrimi?

Practic, toti trecem la un moment dat în viată

[7] ? î

prin experienţa pierderii unei persoane iubite. De aceea este surprinzător faptul că studiul

serios al doliului nu este mai vechi de treizeci de ani. Dar în acest răstimp am făcut descoperiri semnificative, care au adâncit înţelegerea acestui fenomen şi ne-au pus la îndoială preconcepţiile la care aderăm mulţi dintre noi.

în acest capitol, vom pune în discuţie două idei preconcepute eronate, dar frecvente, despre doliu. Prima este aceea că persoana aflată în doliu experimentează în mod inevitabil simptome intense de suferinţă şi

depresie. Cea de-a doua este ideea că, dacă cei care au experimentat moartea unei persoane iubite nu îşi „perlaborează“ (procesează) sentimentele despre pierdere, cu siguranţă vor experimenta reacţii

întârziate de doliu, în care emoţii puternice vor putea fi declanşate de evenimente care nu sunt legate de pierdere, chiar la mult timp după tristul eveniment.

Asa cum vom arăta, niciuna dintre aceste

? [7]

credinţe nu rezistă prea bine scrutinului ştiinţific.

3 3

Revenirea din doliu

Cei mai mulţi oameni cred că

moartea cuiva apropiat este aproape întotdeauna urmată de suferinţă şi depresie, conform psihologelor Camille B. Wortman, de la Universitatea Stony Brook, şi Kathrin Boemer, de la Facultatea de Medicină Mount Sinai.

Simptomele de suferinţă includ dorul de cel decedat, 7

3

sentimentul că viaţa şi-a pierdut sensul, anxietatea legată de viitor şi experienţa şocului legat de pierderea suferită. Iar depresia ar

presupune sentimente de tristeţe şi autocritică, gânduri suicidare, lipsă de energie şi tulburări de apetit şi de somn.

Pentru a examina acest mit, câteva grupuri de cercetători au urmărit timp de cinci ani mai

multe persoane îndoliate, cele mai multe fiind văduvi si văduve. Rezultatele au arătat că între [3] 26% şi 65% dintre subiecţi *nu* au simptome semnificative în primii ani după pierdere; doar între 9% şi 41% au avut astfel de simptome.

(Marja rezultă parţial din metodologiile diferite de măsurare a simptomelor.) Iar depresia unora se poate să fi fost cronică mai degrabă decât o reacţie la moarte.

Psihologul George A. Bonanno, de la Universitatea Columbia, şi

colegii săi au examinat această posibilitate, precum şi altele, într-un studiu prospectiv publicat în 2002. Ei au urmărit vreme de mai mulţi ani aproximativ 1 500 de indivizi în vârstă, care erau căsătoriţi.

în această perioadă, 205 dintre subiecţi şi-au pierdut partenerul, eveniment după care cercetătorii au continuat să-i urmărească timp de 18 luni. în mod surprinzător, circa jumătate dintre soţii îndoliaţi

nu au trecut printr-o depresie semnificativă nici înainte, nici după pierderea suferită. Şi nici nu au prezentat semne de suferinţă gravă, deşi unii s-au simţit trişti pentru un timp scurt. în proporţie de 8% dintre participanţi, aceştia

erau deprimaţi *dinainte* de a-şi pierde partenerul — şi au rămas deprimaţi. Pentru circa 10% dintre ei — indivizi care au raportat că sunt foarte nefericiţi în căsnicie —, moartea partenerului de viaţă le-a adus, de fapt, uşurarea depresiei

preexistente.

Moartea soţului sau a soţiei a precipitat depresia la 27% dintre subiecţi. Dintre aceştia, un procent important (circa 11% din total) a început să se simtă mai bine după 6 luni, aceşti subiecţi devenind

asimptomatici după 18 luni. Restul din acest subgrup nu a prezentat ameliorări, dar chiar şi aşa, mai mult de 70% dintre participanţii la studiu nu au dezvoltat nici depresie, nici nu au devenit mai deprimaţi ca rezultat al morţii

partenerului. (Numărul mic de subiecţi rămaşi s-a încadrat în alte tipare, diferite.) Aceste rezultate spun o poveste clară, cel puţin în ceea ce îi priveşte pe partenerii de vârstă înaintată: cei mai mulţi oameni sunt rezilienţi şi nu devin

grav deprimaţi sau tulburaţi atunci când le moare cineva apropiat.

Travaliul doliului

în cartea sa din 1980, The *Courage to Grieve* [Curajul de a face doliu],

asistenta socială Judy Tatelbaum scria că după moartea unei persoane iubite „trebuie să experienţiem profund toate sentimentele trezite de pierderea suferită“, căci, dacă nu le resimţim, vor apărea „probleme şi

simptome de doliu eşuat“. Ideea că oamenii trebuie să-şi perlaboreze doliul a fost propusă de Sigmund Freud şi este încă atotprezentă. De obicei, include exprimarea sentimentelor legate de pierdere, trecerea în revistă a

amintirilor legate de cel decedat şi găsirea unui sens pentru acea pierdere. Conform acestei viziuni, cei care nu îşi explorează emoţiile vor suferi anumite
consecinţe mai târziu.

Î

Cu toate acestea, travaliul doliului poate fi inutil pentru majoritatea oamenilor, respectiv pentru cei care nu sunt semnificativ perturbaţi după o pierdere. Să mai spunem că, atunci când cercetătorii au testat

tehnicile obişnuite de procesare a doliului (tehnici de scriere sau de vorbire despre moarte), unii au evidenţiat mici beneficii ale acestor proceduri, iar cei mai mulţi n-au găsit niciun beneficiu. în plus, lucrurile sunt încă neclare cu

privire la consilierea în cazurile de doliu, în care specialiştii sau apropiaţii încearcă să faciliteze procesul de perlaborare (procesare). Rezultatele a două *revie*uri cantitative ale eficacităţii acestei terapii nu au constatat

beneficii semnificative ale procesării doliului, iar o a treia metaanaliză a observat doar un efect pozitiv modest. Un avertisment: beneficiile pot fi ceva mai mari decât indică aceste studii, întrucât cei mai mulţi dintre

subiecţi erau recrutaţi de cercetători, iar aceşti

indivizi pot avea mai puţină nevoie de consiliere decât cei care caută, ei singuri, ajutorul unui specialist în sănătate mentală.

în sfârşit, două echipe de cercetători au urmărit persoane îndoliate, inclusiv văduvi, copii adulţi şi părinţi, până la cinci ani după pierderea suferită şi au găsit puţine dovezi (sau chiar nicio dovadă) ale unei reacţii de doliu

întârziat. Acolo unde sunt descoperite astfel de reacţii, ele apar doar la un foarte mic procent de persoane îndoliate. Astfel, riscul general al retrăirii unui potop de emoţii negative pare să fie minim.

Dat fiind că cei mai mulţi oameni care au avut parte de moartea unei persoane iubite arată puţine semne de tulburare sau depresie, mulţi indivizi pot să nu aibă nevoie de niciun sfat sau ajutor particular. Acei câţiva care

experimentează disperare intensă şi de durată pot beneficia de intervenţii terapeutice, deşi consilierea clasică pentru doliu poate să nu fie cea mai bună alegere. în schimb, oamenii pot urma nişte psihoterapii bazate pe

dovezi empirice, încercând să-şi vindece depresia (vezi capitolul 12 din acest volum).

Acestea fiind zise, concluziile noastre au la bază, în mare, studii asupra unor văduve şi văduvi albi americani. Nu putem spune sigur

că aceste concluzii se pot extinde la oameni de toate vârstele, etniile şi genurile. în plus, reacţiile la pierdere pot depinde de relaţia persoanei cu cel decedat — fie acesta părinte, frate, soră sau copil —, precum şi de felul în care

a survenit moartea, dacă a fost bruscă, violentă sau lentă. încă mai trebuie explorate cu atentie consecinţele acestor diferite perspective şi circumstanţe.

Una peste alta, putem spune cu convingere că, aşa cum oamenii

îşi trăiesc viaţa în moduri extrem de diferite, la fel de diferit fac fată si

, y
)

morţii celor apropiaţi. în ciuda a ceea ce spun unii guru ai psihologiei pop, doliul nu este o

experienţă tipică, nu e trăit de toată lumea la fel.

Lecturi recomandate

~~*Bonanno, G.A. (2009),*~~ *The other side of sadness: What the new Science of bereavement tells*

us about life after loss, ~~*New York: Basic Books.*~~

Lotterman, J.H., Bonanno, G.A. & Galatzer- Levy, I. (2014), „The heterogeneity of long-term grief reactions“, *Journal of Affective Disorders, 167,* 12-19.

Wortman, C.B. & Boemer, K. (2007), „Beyond the myths of coping with loss: Prevailing assumptions versus scientific evidence“, in H.S. Friedman & R. Cohen Silver (coord.), *Foundations of health psychology* (pp. 285-324), New York: Oxford University

Press.

10

Depresia are la bază doar o perturbare chimică la nivelul creierului?

O reclamă sponsorizată de Pfizer, compania de medicamente care produce antidepre sivul Zoloft, spune: „Deşi cauza [depresiei] este necunoscută, depresia poate fi legată de un dezechilibru al compuşilor chimici naturali

transferaţi între celulele nervoase din creier. Administrarea Zoloftului intervine, corectând acest dezechilibru“. Folosind reclame precum aceasta, companiile farmaceutice au promovat intens ideea că depresia este rezultatul

unor dezechilibre chimice din creier.

Ideea generală este că un deficit al unui anumit neurotransmiţător (mesager chimic) la nivelul sinapselor sau în acele mici spaţii dintre neuroni interferează cu

transmiterea impulsurilor nervoase, cauzând sau contribuind la depresie. Dintre aceşti

neurotransmitători, unul a atras cel mai mult

> 7

atenţia, respectiv serotonina, dar

mulţi alţii, inclusiv norepinefrina şi dopamina, au primit şi ele roluri secundare în această poveste.

Mare parte din public pare să accepte în mod necritic ipoteza dezechilibrului chimic. De exemplu, într-un sondaj din 2007

realizat pe 262 de studenţi, psihologul Christopher M. France, de la Universitatea de Stat Cleveland, şi colegii săi au descoperit că 84,7% dintre participanţi au considerat că este „destul de probabil“ ca

dezechilibrele chimice din creier să cauzeze depresie. în realitate totuşi depresia nu poate fi redusă la un exces sau la un deficit dintr-un anumit compus chimic, nici măcar dintr-o gamă de compuşi. „Dezechilibrul chimic este un tip

de gândire moştenit din secolul trecut. Lucrurile sunt mult mai complicate de atât“, a spus specialistul în neuroştiinţe Joseph Coyle, de la Facultatea de Medicină Harvard, citat într-un articol de blog al lui Alix Spiegel,

de la National Public Radio.



Figura 10.1 Sursa: Getty Images într-adevăr, este foarte probabil ca depresia să- şi aibă originea în alte influenţe decât anomaliile neurotransmitătorilor. Printre

problemele corelate cu boala se

numără unele neregularităţi în structura şi funcţionarea creierului, perturbări ale circuitelor neurale şi diferite contribuţii psihologice, precum cele ale factorilor de stres din viaţa persoanei. Desigur, toate aceste

influenţe operează în cele din urmă la nivelul fiziologiei, dar înţelegerea acestor legături cauzale necesită explicaţii din alte puncte de vedere.

Un dezechilibru chimic?

Poate că cel mai frecvent citată dovadă în susţinerea ipotezei dezechilibrului chimic este eficacitatea antidepre sivelor, multe dintre ele crescând cantităţile de serotonină si de alti

neurotransmiţători la nivelul sinapselor. Zoloft, Prozac şi alţi inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI) duc la astfel de creşteri şi pot adesea să uşureze depresia, cel puţin atunci când

aceasta este severă. în consecinţă, mulţi cred că deficitul de serotonină si de alti neurotransmitători cauzează această tulburare. însă doar pentru că un medicament reduce simptomele unei boli nu

înseamnă că acele simptome au fost cauzate de problema chimică pe care o corectează acea substanţă. Aspirina ameliorează durerile de cap, dar durerile de cap nu sunt cauzate de deficitul de aspirină.

Dovezile împotriva acestei ipoteze provin din eficacitatea unui nou antidepresiv, dezvoltat recent, Stablon (tianeptină), care *descreşte* nivelurile de serotonină din sinapse. într- adevăr, în diferite experimente, activarea

sau blocajul unor anumiţi receptori de serotonină a îmbunătăţit sau a înrăutăţit simptomele de depresie în maniere imprevizibile. O altă provocare la adresa ipotezei dezechilibrului chimic este faptul că mulţi depresivi nu sunt ajutaţi

de aceste SSRI. într-un articol de sinteză din 2009, psihiatrul Michael Gitlin, de la Universitatea din California, Los Angeles, a raportat că o treime dintre cei trataţi cu antidepresive nu prezintă ameliorări, iar un procent

semnificativ dintre cei la care sunt observate modificări prezintă unele ameliorări, dar persoanele rămân deprimate. Dacă antidepresivele corectează acel dezechilibru chimic ce stă la baza depresiei, atunci toţi sau cei mai

mulţi oameni depresivi ar trebui să se simtă mai bine după ce le iau. Faptul că nu se întâmplă aşa sugerează că suntem abia la începutul înţelegerii acestei tulburări la nivel molecular. Ca rezultat, trebuie să luăm în

considerare alte piste explicative nonchimice.

Cum arată creierul celor deprimaţi

Un posibil indiciu se află în structurile creierului. Studiile de imagistică au revelat că anumite

arii cerebrale diferă ca mărime la indivizii deprimaţi, faţă de cei sănătoşi psihic. De exemplu, amigdala, care răspunde la evenimente cu semnificaţie emoţională, tinde

? *j*

să fie mai mică la oamenii deprimaţi decât la cei care nu prezintă tulburarea. Alte centre de reglare emoţională care par să fie mai reduse în volum sunt hipocampul (o regiune din interiorul creierului implicată în

memoria afectivă), cortexul cingular anterior (care ajută la controlul impulsurilor şi empatiei) şi anumite secţiuni din cortexul prefrontal (care joacă un rol important în reglarea afectivă). Totuşi, efectele asupra depresiei

avute de contractarea acestor structuri cerebrale nu sunt încă lămurite.

Studiile de neuroimagistică au dezvăluit faptul că amigdala, hipotalamusul şi cortexul cingular anterior sunt adesea mai puţin

active la oamenii depresivi. De asemenea, unele părţi din cortexul prefrontal prezintă o activitate diminuată, în timp ce alte regiuni prezintă tiparul opus. Girusul cingular subcalosal, o regiune de lângă girusul cingular anterior,

prezintă adesea niveluri de activitate anormale la indivizii depresivi. Aceste diferenţe pot contribui la depresie, însă, dacă aşa stau lucrurile, oamenii de ştiinţă nu ştiu sigur cum se întâmplă ele.

în 2012, neurochirurgul Andres M. Loz ano, de la Universitatea din Toronto, şi asociaţii săi au studiat efectele stimulării profunde a creierului la nivelul girusului cingular subcalosal în cazul pacienţilor depresivi care nu au

beneficiat de tratamente standard. Intervenţia a dus la reducerea semnificativă a

y

simptomelor de depresie, sugerând posibilitatea ca o disfuncţie a creierului în această

arie să fie implicată în boală.

Descoperirile indică, de asemenea, un rol crucial al factorilor psihologici, precum stresul, în special atunci când acesta apare ca urmare a pierderii unei persoane apropiate sau a

nerealizării unui scop important în viaţă. Atunci când cineva este supus unui stres foarte mare, glandele suprarenale eliberează în fluxul sangvin un hormon denumit cortizol. Pe termen scurt, cortizolul îi ajută pe oameni să facă faţă

pericolelor, mobilizând stocurile de energie pentru reacţia „luptă-sau-fugi“. Dar nivelurile de cortizol cronic crescute pot dăuna unor sisteme organice. De exemplu, cel puţin la animale, excesul de cortizol reduce volumul

hipocampului, ceea ce poate contribui la depresie. în ciuda acestor date, încă nu ştim dacă stresul modifică creierul uman, în asa fel

7

>

în cât să ducă la depresie.

Să vedem elefantul în întregimea lui

în acest capitol am descris asocierile dintre diferite modificări din creier şi depresie. Nu am vorbit despre „cauze“, deoarece niciun studiu nu a stabilit o relaţie

cauză-efect între vreo disfuncţie cerebrală sau psihosocială şi această tulburare. în plus, e destul de sigur că depresia nu rezultă doar dintr-o singură modificare ce apare în creier sau de la un singur factor de mediu. Concentrarea pe

o singură piesă din puzzle-ul depresiei — pe chimia creierului, pe reţelele neurale sau pe stres — este o abordare îngustă.

Abordarea aceasta de tipul „vederii prin tunel“ aduce aminte de acea poveste clasică în care un

grup de orbi pipăie un elefant ca să afle cum arată animalul. Fiecare atinge o parte diferită, trompa sau fildeşii. Orbii îşi compară apoi observaţiile şi constată că sunt în total dezacord cu privire la cum arată animalul. Pentru a înţelege

cauzele depresiei, trebuie să vedem elefantul în întregimea lui, adică trebuie să integrăm ceea ce ştim la niveluri multiple, de la molecule la minte si la lumea în care

j

trăim.

Lecturi recomandate

France, C.M., Lysaker, P.H. & Robinson, R.P. (2007), The „chemical imbalance“ explanation for depression: Origins, lay

endorsement, and clinical implications, *Professional Psychology: Research and Practice,* 38(4), 411-420.

Lozano, A.M., Giacobbe, P., Hamani, C., Rizvi, S. J., Kennedy, S.H.,

Kolivakis, T.T. ... Mayberg, H.S. (2012), A multicenter pilot study of subcallosal cingulate area deep brain stimulation for treatment-resistant depression, *Journal of Neurosurgery, 116(2)*, 315-322.

Park, J.S. & Ho-Young, A. (2013), Direct-to- consumer (DTC) antidepressant advertising and consumer misperceptions about the chemical imbalance theory of depression: The moderating role of skepticism, *Health Marketing*

Quarterly, 30, 362-378.

11

Patru mituri despre suicid

La data de 11 august 2014, renumitul

comediant si actor Robin Williams s-a sinucis.

)

Moartea sa a şocat întreaga lume, în special pentru că mulţi oameni nu au putut înţelege de ce si-ar lua viata cineva atât de amuzant si de talentat. Evenimentul tragic a adus din nou în atentia noastră fenomenul

suicidului. în 2012
≥
(cel mai recent an pentru care sunt date disponibile), au fost raportate 40 600 de decese prin sinucidere în Statele Unite, ceea ce face ca suicidul să fie a zecea

cauză importantă de deces pentru americani. Specialiştii sunt de acord că numărul real ar putea fi de două, până la trei ori mai mare, pentru că multe decese prin suicid sunt raportate ca fiind datorate altor cauze, cum ar fi accidentele

de circulaţie

5 y

cu o singură victimă.

în multe cazuri, suicidul poate ii prevenit, dar numai dacă avem informaţii precise, care să ne permită să recunoaştem corect

riscul de suicid şi să reacţionăm corespunzător. în acest capitol, examinăm patru mituri larg răspândite despre suicid şi prezentăm datele ştiinţifice cu privire la ele. De asemenea, discutăm despre cercetările legate

de prevenţia suicidului.

Mitul 1: Dacă discutăm despre sinucidere, pot creste tendinţele suicidare. în 2014, studentul la
> 7 7

Medicină Tomasso Dazzi de la King’s College, Londra, şi asociaţii

săi au revizuit cercetările pe această temă. Niciunul dintre studii nu a indicat vreo asociere între discuţiile despre sinucidere şi ideaţia suicidară. Dimpotrivă, unele rezultate au sugerat că a vorbi despre suicid poate reduce

tendinţele suicidare, probabil din cauză că dezvăluirea acestor tendinţe faţă de alţii poate creşte probabilitatea de a primi ajutorul necesar.

Mitul 2: Ratele de suicid sunt maxime în timpul

vacantei de iarnă. Cele mai multe relatări din
>
media cu privire la sărbătorile de Revelion şi Crăciun prezintă oameni fericiţi şi mulţumiţi, celebrând cu bucurie sărbătorile de iarnă alături de familiile lor

iubitoare. Cu toate acestea, mulţi oameni sunt singuri şi trişti în timpul sărbătorilor de iarnă, ceea ce conduce la credinţa că în acest sezon apar rate de suicid mai mari. Cercetările pun însă la îndoială această credinţă.

7

în 2012, psihiatrul Christos Christodoulou, de la Facultatea de Medicină a Universităţii din

y

Atena, şi asociaţii săi au revizuit 113 studii din diferite ţări cu privire la relaţia dintre suicid şi

anotimpurile anului. Deşi rezultatele au fost mixte, cele mai multe studii au constatat că cele mai mari rate de suicid apar primăvara, iar pe locul al doilea sunt cele din timpul verii. Suicidul poate avea loc oricând, deci

trebuie să fim vigilenţi pe tot parcursul anului.

Mitul 3: Depresia este aproape întotdeauna cauza suicidului. Această credinţă larg răspândită i-ar putea face pe oameni să

subevalueze sau să minimizeze riscul de suicid dacă persoana în cauză nu este depresivă. în 2004, psihiatrul Jose Bertoloto, de la Organizaţia Mondială a Sănătăţii, si asociaţii săi au trecut în revistă o

serie de studii privind relaţia dintre diagnosticul psihiatric şi suicid. Ei au constatat că 98% dintre sinucideri sunt asociate cu un tip de tulburare mentală diagnosticabilă. Tulburările de

dispoziţie (depresia şi tulburarea bipolară) reprezintă 30,2%, urmate de tulburările legate de consumul de substanţe (17,6%), schizofrenia (14,1%) şi tulburările de personalitate (13,0%). Cele mai multe cazuri din cele două treimi

rămase au alte diagnostice decât depresia. Pentru a detecta riscul de suicid, trebuie să fim atenti nu doar la oamenii

depresivi, ci şi la cei cu alte tulburări, precum şi la cei care nu prezintă niciun fel de tulburări

diagnosticabile.

Mitul 4: Este improbabil ca o persoană care a avut o tentativă de suicid să încerce din nou. Psihiatrul Erkki Isometsâ, de la Institutul National de

[7]

7

Sănătate Publică din Finlanda, şi asociatul său Jouko Lónnqvist au realizat unul dintre cele mai cuprinzătoare studii pe această temă. Ei au obtinut accesul la dosarele tuturor celor 1 397 de cazuri de suicid care au avut loc în

Finlanda într-o perioadă de zece ani. Şi au descoperit că istoricul de tentative de suicid precedente era un predictor semnificativ al sinuciderii reuşite la femei si într-o mai mică măsură la bărbaţi. în mod clar, orice încercare de suicid

trebuie să fie luată în serios, deoarece este legată de un risc crescut pentru o viitoare tentativă reuşită.

Cât de bine pot fi detectate tendinţele suicidare?

Deocamdată nu există evaluări suficient de sensibile pentru a identifica în mod acurat

persoanele înclinate către suicid. Totuşi, studiile şi opiniile specialiştilor ne ajută să identificăm factorii de risc pentru suicid. în Caseta 11.1, prezentăm câţiva dintre cel mai clar identificaţi indicatori. Din

nefericire,

î

cercetătorii nu au alcătuit încă un algoritm bazat pe aceşti factori, pentru a prezice tentativele de suicid. Itemii din tabel trebuie luaţi ca indicatori orientativi, predicţia

suicidului rămânând în cel mai bun caz o ştiinţă aflată încă la începuturi. De exemplu,

Hal Arkowitz a lucrat cu o mamă depresivă care avea un sugar mic şi care trecea printr-un divorţ şi un proces de custodie dificile.

Aproape că existau toţi factorii de risc enumeraţi mai jos şi totuşi terapeutul a considerat că riscul de suicid este scăzut. De ce? Pentru că pacienta afirma în mod credibil că nu s-ar omorî niciodată atâta timp are copilul cu ea. Dacă

însă soţul ei ar fi obţinut custodia, ar fi trecut într-o clipă de la un risc relativ scăzut la un risc extrem de mare de suicid. Ca urmare, cititorii trebuie să utilizeze cu grijă Caseta 11.1. Dacă vă îngrijoraţi că un prieten sau un membru al familiei

s-ar putea sinucide, încercaţi să îl programaţi la o evaluare cu un specialist în sănătate mentală. Dacă persoana refuză tratamentul, puteţi cere sfatul unui specialist — este cea mai bună manieră de a gestiona situaţia.

Caseta 11.1 Câteva semne de avertizare pentru suicid

O tulburare psihiatrică gravă în trecut sau în prezent

Istoricul medical include una sau mai multe tentative de suicid

Prezenţa unor factori de stres recenţi, precum despărţirea şi pierderea locului de muncă

Disperare (lipsa de speranţă)

Agitaţie extremă

Gânduri despre suicid

Ameninţări cu suicidul

Planificarea sau pregătirea pentru suicid

Deţinerea mijloacelor pentru a comite sinuciderea

Puţine motive pentru a mai trăi (sau niciun motiv)

Abuzul de alcool sau substanţe

)

Insatisfacţia faţă de tratament sau respingerea acestuia

Un istoric de suicid în familia de provenienţă

Poate fi prevenit suicidul?

A fost evaluat un număr mare de terapii farmacologice şi

psihoterapii dedicate persoanelor cu risc de suicid. într-o revizuire din 2014 a intervenţiilor de prevenire a comportamentelor suicidare, Erin F. Ward- Ciesielski, masterandă în psihologie la Universitatea Washington, şi

Marsha Linehan au constatat că există puţine dovezi solide pentru eficacitatea acestor tratamente. Totuşi, studiile din această arie au multe deficienţe şi o concluzie fermă mai are de aşteptat până la realizarea unor studii cu un design

mai bun.

în acelaşi studiu de sinteză, autoarele au

y ₇

constatat rezultate mai promiţătoare în cazul anumitor tipuri de psihoterapie. în mare,

rezultatele pentru diferite abordări au fost mixte, dar tind să încline în favoarea psihoterapiei, spre deosebire de îngrijirile obişnuite si de alte condiţii de control. Două

tipuri de terapie se pot lăuda cu dovezi mai solide pentru

eficacitatea lor: terapia cognitivă şi terapia comportamental-dialectică.

Prima formă de tratament îi încurajează pe clienţi să-şi confrunte preconcepţiile şi să se străduiască să aibă o gândire mai

raţională; cea de-a doua constă din şedinţe de terapie săptămânale şi consultaţii telefonice, precum şi din exersarea abilităţilor în mindfulness, a reglării emoţiilor, a toleranţei la stres şi a eficacităţii

interpersonale. în 2005, psihologul Gregory K. Brown, de la Universitatea Pennsylvania, şi asociaţii săi au comparat, pe de o parte, un tratament cu zece şedinţe de terapie cognitivă axat pe reducerea ideilor suicidare şi pe

prevenţia suicidului cu, pe de altă parte, îngrijirea comună acordată adulţilor care au avut de curând o tentativă de suicid. Ei şi-au urmărit subiecţii timp de 18 luni şi au constatat că aproximativ 76% dintre cei din grupul cu terapie

cognitivă nu a avut noi tentative de suicid în această perioadă, în comparaţie cu 58% dintre cei din grupul cu tratament uzual. în plus, patru studii valide (care includ şi grupuri de control) au ajuns la rezultate ce recomandă terapia

comportamental-dialectică pentru reducerea comportamentelor suicidare şi a tentativelor de suicid.

Aceste studii oferă puţină speranţă pentru persoanele suicidare care caută tratament.

Dar cei care nu îl caută? Aici pot avea un rol prietenii şi membrii familiei, prin recunoaşterea semnelor de pericol şi încurajarea acestor persoane să caute ajutorul unui specialist. Pentru a face acest lucru, oamenii trebuie să fie

înarmaţi cu informaţii

î >

mai corecte despre suicid decât să se bazeze doar pe mituri.

Miller, A.L., Rathus, J.H. & Linehan, M.M. (2006), *Dialectical behavior therapy with suicidal*

adolescents, New York: Guilford Press.

Nock, M.K. (coord.) (2014), *The Oxford handbook of suicide and self-injury,* Oxford: Oxford University Press.

12

Care este cel mai bun tratament pentru depresie?

Medicamente, psihoterapie sau ambele?

Imaginaţi-vă un tratament pentru depresie care are următoarele calităţi:

Ị

- Este la fel de eficient ca medicamentele antidepresive, dar sunt

absente efectele secundare.

- Rezultatele terapeutice durează mai mult decât cele ale medicamentelor antidepresive, după

încheierea tratamentului.

- Beneficiile tratamentului se generalizează la multe domenii ale vieţii.
- Cauzează modificări în creier cu privire la

procesele asociate cu depresia.

- Tipic, trebuie să fie administrat doar o dată pe săptămână.

- în general, costă la fel sau mai puţin decât medicamentele.

Sună prea bine ca să fie adevărat? De fapt, un astfel de tratament există de decenii, desi

mulţi

,

î

>

oameni nu ştiu de el. Se numeşte: psihoterapie.

De ce atât de mulţi oameni nu cunosc aceste fapte? Un motiv

sunt bugetele de publicitate uriaşe ale companiilor farmaceutice, cu ajutorul cărora sunt crescute vânzările de medicamente antidepresive (reclamele vizează atât publicul larg, cât şi pe medicii care le prescriu). Pe de altă parte,

psihoterapeuţii au bugete prea mici sau zero pentru marketing. în acest capitol, vom încerca să echilibrăm lucrurile, oferind o comparaţie a antidepresivelor cu psihoterapia.

Antidepresivele: pro şi contra

Cu toate că există mai multe clase diferite de antidepresive, ne vom concentra pe cele prescrise cel mai frecvent astăzi, adică pe SSRI sau inhibitorii selectivi ai recaptării

serotoninei (vezi Caseta 12.1).

în general, persoanele care iau antidepresive nu prezintă ameliorări în primele două până la patru săptămâni. Pentru fiecare individ în parte, unele antidepresive funcţionează mai

bine decât altele; apoi niciun antidepresiv nu s- a demonstrat a fi mai eficient decât altul la nivel de populaţii de pacienţi. Mulţi dintre cei care sunt trataţi pentru depresie încearcă două sau trei SSRI-uri (sau alte antidepresive),

înainte de a-1 găsi pe cel care funcţionează şi care are efecte secundare tolerabile. Studiile arată că între 50% si 70% dintre cei care iau SSRI-uri răspund la tratament prin reducerea simptomelor cu 50% sau mai mult.

La unii clienţi depresia se ameliorează, dar rămâne încă prezentă, în timp ce alţii devin asimptomatici. Simptomele reziduale, după tratament, sunt problematice, deoarece semnalizează un factor de risc

semnificativ pentru recăderea în depresie.

După ce apar efectele terapeutice, clienţilor şi se spune de obicei să continue să ia medicamentul cel puţin 6 până la 12 luni, pentru a preveni

recăderea. Dacă pacienţii au avut câteva episoade anterioare sau dacă depresia lor este severă, li s-ar putea spune să rămână sub tratament mai mult timp, pentru a evita revenirea depresiei. Acest mod de folosire a antidepresivelor

pentru întreţinere reduce rata de recădere în comparaţie cu un placebo. în afară de Prozac, terapia cu antidepresive *nu* s-a demonstrat a fi eficientă la copii şi la adolescenţi şi poate să nu fie sigură pentru un mic procent

dintre persoanele cu vârste mai mici de douăzeci şi patru de ani, aşa cum vom discuta în capitolul 13 (din acest volum). în plus, antidepresivele pot cauza daune fetusului, astfel că femeilor însărcinate li se recomandă ferm

să nu le ia.

în cele mai multe studii clinice, toţi pacienţii primesc acelaşi antidepresiv. în lumea reală însă medicii adesea încearcă medicamente diferite dacă o retetă nu funcţionează. Un

studiu realizat de A. John Rush, de la Centrul Medical de la Universitatea Texasului de Sud-Vest, şi colegii săi au descris mai acurat cum sunt folosite SSRI-urile în practica clinică. Cercetătorii le-au prezentat pacienţilor depresivi

un set în patru paşi, cu opţiuni care pot fi folosite dacă este necesar.

Caseta 12.1 Antidepresivele şi efectele lor secundare

Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI) pot uşura depresia, dar pot avea şi dezavantaje.

Denumire comercială	*Denumirea compusului chimic*
PaxiL	**paroxetină**
Prozac	**fluoxetină**
Lexapro	**escitaLopram**
Celexa	**citalopram**
Zoloft	**sertralină**

Efecte secundare frecvente ale SSRI

- Pe termen scurt (cu o durată de până la câteva săptămâni): greaţă, diaree, nervozitate şi insomnie.
- Pe termen lung (cu o durată de câteva luni sau mai

mult): dorinţă sexuală scăzută sau disfuncţie sexuală (la 50- 75% dintre pacienţi) şi stare de sedare.

Psihoterapii bazate pe cercetări

Oamenii de ştiinţă au evaluat doar

câteva tipuri de psihoterapie. Cele mai multe dovezi există în sprijinul terapiei cognitiv-comportamentale şi ale psihoterapiei interpersonale, care s-au dovedit a fi eficace în tratarea depresiei. Doar câteva studii au examinat performanţa altor trei

terapii enumerate mai jos, iar rezultatele sunt încurajatoare.

Denumirea	*Metoda*

Terapie cognitiv-comportamentală	**Antrenează şi încurajează noi comportamente pentru a-i ajuta pe oameni să-şi schimbe gândirea predominant negativă**

Psihoterapie interpersonală	**Se concentrează pe dificultăţile sociale şi pe conflictele asociate cu depresia**

Terapie psihodi-namică de scurtă durată	**Pune accent pe înţelegerea şi corectarea tiparelor interpersonale problematice**
Terapie centrată pe client	**Pune accent pe potenţialul terapeutic aL relaţiei terapeut-client**

Terapie centrată pe emoţii	**Este construită pe baza terapiei centrate pe client, prin mutarea accentului pe conştientizarea gândurilor şi a sentimenteLor şi pe gestionarea reacţiilor emoţionale persistente şi**

Toţi subiecţii au început cu acelaşi antidepresiv (Celexa). La fiecare dintre cei trei paşi consecutivi, cei care fie nu au răspuns la tratament, fie nu au putut tolera efectele secundare au primit mai

multe opţiuni, printre
care schimbarea medicaţiei, adăugarea de medicamente sau trecerea la o terapie cognitiv-comportamentală (TCC). Acest studiu dedicat abordării în patru paşi a depresiei a prezentat o rată

a remisiei de 67%, cu mult superioară celei constatate în cele mai multe studii care evidenţiază rate de remisie (excluzând ratele de ameliorare) apropiate de 33%.

Unele studii realizate pe subiecţi adulţi au arătat că mai eficientă

decât tratamentele aplicate separat este combinaţia dintre psihoterapie şi medicamente. Mai mult, câteva studii pe adulţi au descoperit că tratamentul bazat pe medicaţie poate fi mai eficace decât psihoterapia în cazul

depresiilor grave, deşi dovezile în acest sens sunt mixte.

Psihoterapia sub lupă

în ciuda volumului mare de studii cu privire la psihoterapia folosită

pentru tratarea depresiei, oamenii de ştiinţă au evaluat puţine tipuri de psihoterapie. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) a fost cel mai des studiată până acum. Acest tip de terapie îi învaţă şi îi

încurajează pe oameni să adopte noi comportamente şi îi ajută să-şi schimbe gândirea excesiv de negativă. Psihoterapia interpersonală are al doilea cel mai mare set de dovezi care susţin această abordare.

Cercetările cu privire la alte terapii, precum psihoterapia psihodinamică de scurtă durată, terapia centrată pe client şi terapia centrată pe emoţii, abia au fost demarate, dar rezultatele celor câteva studii realizate până

acum au fost pozitive (vezi Caseta 12.1). în acest capitol, discuţia noastră despre psihoterapie va continua cu privire la acele abordări care au fost validate de cercetări.

Descoperirile privind eficacitatea

TCC sunt remarcabil de asemănătoare cu cele obtinute de î

multe studii referitoare la SSRI-uri. Aproximativ două treimi dintre pacienţii care parcurg 12 până la 16 şedinţe de TCC prezintă

ameliorări sau remisii. (Terapia costă la fel de mult sau chiar mai puţin decât tratamentul medicamentos, deoarece, în general, oamenii sunt trataţi mult mai mult timp cu antidepresive, în raport cu durata unei

psihoterapii.) Până acum, cele mai multe comparaţii între diferitele tipuri de psihoterapie au arătat că sunt cam la fel de eficiente. Până la data scrierii acestei cărţi, însă niciun studiu privind psihoterapia nu a adoptat metoda multistadială

folosită de Rush şi colegii săi în studiul tratamentelor cu antidepresive; în practică, psihoterapeuţii schimbă deseori strategia atunci când cea pe care o folosesc nu funcţionează. Din cauză că studiile privind

psihoterapia folosesc doar o singură abordare în scopul controlului experimental, ele subestimează eficacitatea psihoterapiei în tratarea depresiei, desigur, această ipoteză va trebui testată în cercetări ulterioare.

Numeroase studii au demonstrat că, după terminarea tratamentului, pacienţii trataţi doar cu medicamente adesea au recăderi la o rată *de două ori* mai mare decât cei tratati doar cu terapie cognitiv-comportamentală.

Mai mult, ratele de renunţare la tratamentele cu antidepresive sunt de două sau de trei ori mai mari decât cele înregistrate pentru TCC, un studiu pe scară largă, constatând o rată de renunţare de 72% pentru antidepresive, după

90 de zile de utilizare. Pacienţii vindecaţi care au primit antidepresive şi au continuat cu ele pentru întreţinere au prezentat rate de recădere echivalente, în mare, cu cele ale persoanelor care au finalizat o terapie cognitiv-

comportamentală, fără alt tratament ulterior. Aceste descoperiri sugerează că terapia cognitiv-comportamentală poate viza unele dintre procesele cauzale subiacente mai bine decât tratamentul medicamentos sau că

le poate oferi pacienţilor abilităţi de coping, care îi ajută să gestioneze mai bine evenimentele de viaţă. Dimpotrivă, tratamentele cu antidepresive au mai curând un caracter paliativ, înlăturând simptomele atâta timp cât

medicamentele sunt administrate. Chiar si asa,

aproximativ jumătate dintre cei care răspund la terapia cognitiv-comportamentală înregistrează recăderi în următorii

doi ani, ceea ce sugerează că noi, psihologii, încă mai avem de lucru. Cercetătorii TCC caută moduri de reducere suplimentară a recăderilor posttratament. De exemplu, studii recente au constatat că un tratament de opt

şedinţe de terapie de grup — în care se foloseşte terapia cognitivă bazată pe mindfulness şi la care participă, timp de un an, pacienţi care tocmai au fost vindecaţi de depresie — reduce recăderile pentru cei care au avut trei sau

mai multe episoade de depresie (vezi şi capitolul 6 din acest volum).

La copiii şi adolescenţii depresivi, doar unul dintre antidepresive (Prozacul) s-a dovedit de ajutor, în timp ce

câteva tipuri diferite de psihoterapii s-au dovedit benefice. în ambele cazuri însă efectele tratamentului au fost doar moderate. Rezultatele studiilor privind combinaţia între tratamentul medicamentos şi

psihoterapie în cazul acestor populaţii de pacienţi arată fie că nu există niciun avantaj, fie există doar unul mic în favoarea combinaţiei,

Î,

în comparaţie cu aplicarea separată a celor două tipuri de tratament.

Cu toate că rezultatele sunt cumva mixte, cele mai multe dovezi sugerează că tratamentele combinate (psihoterapie +

medicaţie) sunt mai eficiente la adulţi, dar nu neapărat şi la copii şi adolescenţi. Un studiu valid şi cuprinzător pe adulţi depresivi cronici a comparat un tratament medicamentos bazat pe antidepresive non-SSRI cu o formă

adaptată de TCC, care pune accent pe modificarea tiparelor de relaţionare interpersonală şi a gândirii negative; de asemenea, acestea au fost comparate şi cu un tratament bazat pe o combinaţie a celor două abordări.

în timp ce ratele de răspuns pentru fiecare dintre tratamente luate separat au fost comparabile cu cele obţinute de obicei în studiile privind tratamentul depresiei, rata de răspuns pentru tratamentul combinat a fost de un

impresionant 85%!

în sinteză

Medicamentele antidepresive şi anumite forme de psihoterapie sunt rezonabil de eficiente pentru

tratamentul depresiei la adulţi, dar există spaţiu considerabil pentru ameliorarea ratelor de răspuns iniţial şi a ratelor de recădere. Ratele de răspuns (ameliorare sau remisie) pentru ambele tratamente sunt în medie în jur de

două treimi. Aceasta înseamnă că ele îi ajută pe cei mulţi, dar unii pacienţi rămân cu anumite simptome depresive, în timp ce pe alţii aceste tratamente nu îi ajută deloc. Combinaţia între psihoterapie şi terapia

medicamentoasă poate duce la rezultate mai bune la adulţi, dar aduce prea puţine beneficii sau niciunul la copii şi adolescenţi. Cu toate că psihoterapia reduce rata de recăderi la jumătate, faţă de rata de recădere înregistrată în

cazul terapiei medicamentoase pe o perioadă de urmărire de doi ani, ratele de recădere pentru ambele tipuri de tratament rămân îngrijorător de înalte.

Psihoterapia, terapia medicamentoasă şi combinaţia

dintre cele două sunt, toate, de ajutor în tratarea depresiei la adulţi, dar
efectele sunt mai scăzute la copiii şi adolescenţii depresivi.

Terapia medicamentoasă poate fi mai

bună pentru unii pacienţi, psihoterapia poate fi mai eficace pentru alţii, iar combinaţia dintre ele, la rândul ei, poate fi mai adecvată pentru o a treia categorie de pacienţi. Nu ştim care sunt persoanele care vor răspunde

cel mai bine la un tratament sau altul. De asemenea, multe alte întrebări importante nu şi-au găsit încă un răspuns. De exemplu: Tratamentele psihoterapeutice de durată mai lungă (precum cele folosite de

obicei în practica clinică) ar putea conduce la rezultate iniţiale mai bune decât cele obţinute prin terapiile de scurtă durată, care au fost cercetate până acum?

Caseta 12.2 Psihoterapia şi creierul

Strategiile de marketing ale companiilor de medicamente sugerează că depresia este cauzată de un „dezechilibru chimic“ din creier. De exemplu, o reclamă a producătorului de Zoloft (un inhibitor al recaptării

serotoninei — SSRI) spune că, „deşi cauza este necunoscută, depresia poate avea legătură cu un dezechilibru al compuşilor chimici naturali dintre celulele nervoase din creier. Administrarea de Zoloft

corectează acest dezechilibru“.

Dezechilibrul la care se referă reclamele la SSRI-uri este un deficit al neurotransmiţătorului serotonină la nivelul receptorilor din creier. Astfel de mesaje

publicitare dezinformează însă şi *nu* reflectă descoperirile ştiinţifice. Nu există nicio dovadă ştiinţifică limpede că deficitul de serotonină cauzează depresia sau că ar exista un „echilibru“ optim al nivelurilor de neurotransmitători din creier. Mai

mult,
[5] [7]
medicamentele care afectează în primul rând mesagerii chimici, alţii decât serotonină, sunt la fel de eficiente ca şi SSRI.

Fără îndoială, antidepresivele sunt de

ajutor în ameliorarea depresiei. Dar apare o formă de raţionament circular, conform căruia, dacă aceste SSRI sunt de ajutor în ameliorarea depresiei şi dacă ele chiar ameliorează „dezechilibrul chimic“, atunci depresia trebuie să fie cauzată

de acest dezechilibru. Inferarea cauzalităţii din succesul unui tratament este în mod frecvent o încercare sortită eşecului: aspirina este eficientă pentru durerile de cap, dar nimeni nu poate susţine cu seriozitate că durerile de cap sunt

cauzate de deficitul de aspirină.

în plus, tratamentele biologice nu sunt unice în ceea ce priveşte capacitatea de a cauza modificări la nivelul creierului. Folosind tehnici de imagistică, multe studii au indicat

modificări cerebrale semnificative la pacienţii trataţi doar cu psihoterapie. Un studiu realizat pe pacienţi depresivi a demonstrat că terapia cognitiv-comportamentală a condus la scăderea

activităţii în regiunile frontale ale

creierului, dintre care unele pot fi legate de ruminaţie, o trăsătură comună a depresiei. Unele studii au
evidenţiat modificări cerebrale identice cu cele
*

cauzate de medicamentele antidepresive, în timp ce altele au descoperit modificări cerebrale diferite. Aceste descoperiri susţin ideea că psihoterapia produce modificări măsurabile în creier, cu toate că aceste modificări pot fi

uneori diferite de cele produse de medicatie.

La fel, putem întreba: O strategie secvenţială, pe mai mulţi paşi, precum cea folosită de Rush şi asociaţii săi în cazul terapiei cu

medicamente, ar putea să îmbunătăţească rezultatele psihoterapiei? Ce putem face pentru a reduce sau a elimina recăderile? Unele tratamente antidepresie sunt oare mai bune pentru anumite tipuri de oameni

decât pentru alte tipuri?

Deci, să tragem concluziile. Am aflat că psihoterapia şi terapia cu medicamente sunt, ambele, destul de eficiente pentru depresie. Ştim că psihoterapia previne recăderea mai bine decât terapia cu

medicamente atunci când tratamentul este întrerupt, că are puţine efecte secundare negative sau niciunul, şi că este un tratament sigur şi cu eficienţă moderată la copiii şi adolescenţii depresivi. De asemenea, poate

schimba biologia asociată cu depresia (vezi Caseta 12.2). Terapia cognitiv-comportamentală şi terapia interpersonală (cele două terapii despre care dovezile empirice ne spun că sunt cele mai bune pentru depresie) şi posibil şi

alte psihoterapii pentru care există mai puţine dovezi empirice pot fi luate în considerare în mod serios pentru o persoană depresivă care caută tratament. Dacă răspunsul la o anumită psihoterapie nu este adecvat, pot

fi încercate alte abordări psihoterapeutice sau poate fi adăugat un regim medicamentos. Cu toate că o combinaţie între psihoterapie şi medicaţie poate fi întrucâtva mai eficientă decât oricare dintre cele două abordări

aplicate separat, efectele secundare ale medicamentelor pot fi problematice.

Sperăm că informaţiile pe care le-am furnizat vor contracara unele dintre impresiile eronate alimentate de strategiile de

marketing ale unor companii farmaceutice şi că îi vor încuraja pe cititori să se gândească la psihoterapie ca la un tratament viabil pentru depresie, care are câteva avantaje faţă de terapia farmacologică.

Lecturi recomandate

Cozolino, L. (2010), *neuroscience of psychotherapy* (ed. a 2-a), New York: W.W. Norton.

Cuijpers, P., Berking, M.,

Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. & Dobson, K.S. (2013), Ameta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments, *Canadian Journal of Psychology*, 58,

376-385.

Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Fawcett, J., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Zajecka, J. ... Gallop, R. (2014), Effect of cognitive therapy with antidepressant

medications vs. antidepressants alone on the rate of recovery in major depressive disorder: A randomized clinical trial, *JAMA Psychiatry,* 71,1157-1164.

13

Antidepresivele pot cauza suicidul?

Multor cititori s-ar putea să li se pară ciudată întrebarea din titlul acestui capitol. Cum pot medicamentele, care s-au dovedit

a fi de ajutor în reducerea depresiei, să fie tocmai *cauza* suicidului? Până la urmă suicidul este o complicaţie tragică ce apare în unele cazuri de depresie. Totuşi, cercetările şi observaţiile clinice adunate timp de peste

patruzeci de ani au stârnit îngrijorări cu privire la faptul că aceste medicamente pot să producă idei suicidare, tentative de sinucidere şi posibil chiar suicidul la un mic eşantion de pacienţi depresivi. Care sunt deci

riscurile?

în 2006, psihiatrul Tarek A. Hammad şi asociaţii săi de la Administraţia Statelor Unite pentru Alimente şi Medicamente au publicat o metaanaliză (o revizuire cantitativă) a mai multor

studii, privind un mare număr de copii şi adolescenţi care luau antidepresive pentru depresie, tulburări de anxietate şi tulburare de deficit de atenţie şi hiperactivitate (ADHD).
Rezultatele obtinute au

demonstrat că subiecţii
) î
trataţi cu medicamente antidepresive prezentau un risc de două ori mai mare (4% faţă de 2%) pentru tendinţa către suicid (gânduri şi tentative de suicid), în

comparaţie cu cei care primeau tratament placebo. O metaanaliză din 2007, realizată de psihologul Jeffrey Bridge de la Universitatea de Stat din Ohio, şi colegii săi din câteva instituţii a inclus studii suplimentare şi a confirmat aceste

rezultate, cu toate că procentele de suicid au fost uşor mai scăzute. Aceste constatări indică medicamentele drept cauză a suicidalităţii mai degrabă decât depresia.

Regulamentele Administraţiei pentru Alimente şi Medicamente (FDA*********)

Rezultatele iniţiale ale metaanalizei lui Hammad s-au aflat la dispoziţia FDA cu mult înainte de publicarea acestui articol. în urma acestor descoperiri, în anul 2004, FDA a publicat un „avertisment în chenar

negru“ cu privire la toate antidepresivele. Acest avertisment s-a aplicat întregii clase de substanţe antidepresive şi avertiza că aceste medicamente pot creşte riscul tendinţei de suicid la copiii şi adolescenţii cu tulburare

depresivă majoră şi cu alte tulburări psihiatrice. Acesta este cel mai ridicat nivel de alertă al FDA (şi este numit aşa din cauza chenarului negru care înconjoară de obicei textul avertismentului).

în 2007, FDA a extins acest

avertisment vizând şi persoanele cu vârsta de până la 24 de ani, observând că datele nu arată un risc crescut la adulţii cu vârste peste 24 de ani. Riscul de suicid apare de obicei în primele zile sau săptămâni de la începerea

administrării medicamentelor. Conform unui Aviz de Sănătate Publică din 2004, oficialii FDA pentru sănătatea publică se arată preocupaţi că pacienţii care prezintă anumite simptome devreme în tratamentul

medicamentos sau în timpul unei schimbări a dozelor pot prezenta un risc crescut de înrăutăţire a depresiei sau o creştere a tendinţei la suicid. Acest risc suplimentar este mai probabil dacă simptomele sunt grave şi

abrupte de la început şi dacă ele nu fac parte din simptomele depresive pentru care pacientul a căutat iniţial un tratament. Aceste simptome includ anxietate, agitaţie, atacuri de panică, insomnie, iritabilitate, ostilitate,

impulsivitate, nelinişte accentuată, hipomanie şi manie.

Din fericire, doar un mic procent dintre oamenii care prezintă aceste simptome prezintă risc de suicid. Cu toate acestea, dacă aceste simptome încep să apară,

ele trebuie să fie raportate şi aduse la cunoştinţa medicului.

Sfaturi despre antidepresive

Numeroase studii realizate pe pacienţi de toate vârstele au constatat că antidepresivele sunt

de ajutor în circa două treimi dintre cazurile de depresie. Pentru copii şi adolescenţi, datele arată că Prozacul (fluoxetina) este destul de eficient, dar alte antidepresive nu sunt mai eficiente decât un placebo. Pentru adulţi, diverse

antidepresive s-au dovedit de ajutor. O problemă majoră ce apare la această medicaţie este rata mare de recădere (aproximativ 40%) înregistrată ulterior opririi tratamentului.

Mulţi cercetători au constatat că

o

≥

combinaţie între un antidepresiv şi psihoterapie (în special terapie cognitiv- comportamentală) duce la o mai pregnantă reducere a simptomelor şi la rate scăzute de

sinucideri şi tentative de suicid (mai mici decât în cazul aplicării aparte a celor două tipuri de tratament).

Caseta 13-1 Câteva fapte

Motive de îngrijorare

1. Suicidul este o complicaţie tragică ce apare în unele cazuri de depresie. Antidepresivele s-au dovedit a fi de ajutor în ameliorarea depresiei.

2. Sinuciderea este a treia cauză principală de deces la adolescenţi (între 10 şi 14 ani). Consumul crescut de antidepresive a fost asociat cu o scădere a

ratei sinuciderilor reuşite.

3. Unele studii însă au arătat că folosirea antidepresivelor la copii şi adolescenţi poate

cauza o creştere îngrijorătoare a suicidalităţii (gânduri şi tentative de sinucidere).

La nivel practic, riscul de

suicidalitate poate să fie abordat într-un mod adecvat prin monitorizarea atentă a pacienţilor, în special la începutul tratamentului. Din nefericire, cei mai mulţi medici de familie şi psihiatri nu fac acest lucru; de

obicei, ei stabilesc o consultaţie de urmărire (de evaluare ulterioară) la câteva săptămâni sau mai mult după ce a fost prescris medicamentul. Acest mod de a lucra poate fi rezultatul lipsei de conştientizare a medicilor cu

privire la riscul de suicid sau al limitării numărului de consultaţii impuse de unele companii de asigurare. Unii chiar le spun pacienţilor că aceste efecte secundare sunt posibile şi că vor dispărea într-o săptămână sau

două. Aceste avertizări pot să îi descurajeze pe pacienţi să îi mai caute pe medici dacă apar aceste simptome. Tratamentul cu antidepresive asociat cu psihoterapia este, se înţelege, mai sigur, întrucât psihoterapeutul

poate monitoriza efectele secundare şi îi poate informa pe pacient şi pe medicul curant dacă apar probleme.

Cu toate că nu există cercetări ştiinţifice care

Î
)

să demonstreze că, în cazul copiilor şi adolescenţilor, suicidul reuşit este o consecinţă
a folosirii antidepresivelor, mai multe rapoarte de caz sugerează că aceasta ar putea fi o cauză de

îngrijorare. Rapoartele de caz însă doar oferă sugestii şi nu constituie dovezi ştiinţifice solide. în plus, cele mai multe studii care au identificat tentative de suicid la tineri au avut o durată relativ scurtă si eşantioane mici,

comparativ cu ce-ar fi fost necesar pentru a investiga în mod valid această problemă; riscurile pe termen lung nu au fost încă evaluate cu atenţie. Cele mai multe studii pe oameni cu vârste de peste douăzeci şi patru de ani

nu au raportat o suicidalitate crescută în cazul administrării de antidepresive. Cu toate acestea, trebuie să fim precauţi în legătură cu acceptarea acestei concluzii, întrucât nu cunoaştem mecanismele care explică de ce

antidepresivele pot declanşa tendinţe suicidare la tineri.

în plus, aceste date pot deveni subiectul unor abordări distorsionate, asa cum vom discuta

[7] ?

mai departe. Pentru un plus de

siguranţă, medicii trebuie doar să-i monitorizeze îndeaproape pe adulţii care iau antidepresive. Dacă persoanele care iau antidepresive doresc să se oprească, este important să-l consulte pe medic înainte de a o

face şi să reducă gradual medicamentul, deci să nu se oprească brusc, întreruperea abruptă a administrării antidepresivelor poate declanşa o gamă de simptome perturbatoare, inclusiv ameţeală, greaţă, durere

de cap, oboseală, anxietate, iritabilitate si tristete, ca să numim doar

câteva.

Conflict de interese?

Controversa privind antidepresivele şi suicidalitatea are atât o dimensiune ştiinţifică,

precum şi una economică. în 2004 vânzările de antidepresive din

clasele cele mai frecvent prescrise (inclusiv din categoria inhibitorilor selectivi ai recaptării serotoninei — SSRI) au atins 10,9 miliarde de dolari numai în Statele Unite. în mod clar, companiile farmaceutice au un profit mare de pe urma

acestor medicamente.

David Healy, psihiatru şi fost secretar de stat al Asociaţiei Britanice de Psihofarmacologie, susţine că deseori unii producători de medicamente au publicat rezultate modificate ale studiilor

cu privire la aceste medicamente
şi
au ascuns ori au mascat riscurile
timp de peste
40 de ani. Alţii au contestat cu
fermitate aceste
Î
acuze.

Producătorii din industria farmaceutică sunt cei care au finantat cele mai multe studii clinice până acum, creând un potenţial conflict de interese pentru domeniul cercetării şi ducând la o probabilitate crescută

de producere a „efectului aşteptării experimentatorului“. Acest efect apare atunci când cercetătorii se aşteaptă să obţină rezultatele anticipate — în acest caz, dovada că antidepresivele sunt sigure şi eficiente — si, în

mod neintenţionat, influenţează designul studiului, în aşa fel încât să ajungă la exact la rezultatele respective. Cu toate că metoda „dublu-orb“ (în care nici pacientul, nici cercetătorii nu ştiu dacă pacientul primeşte substanţa

activă sau o pilulă fără efect) poate oferi o oarecare protecţie împotriva acestei distorsiuni, adesea apar controverse cu privire la cât de bine sunt implementate aceste proceduri în studiile cu privire la efectele medicamentelor.

De asemenea, este relevant şi faptul că un studiu major finanţat de Institutul Naţional de Sănătate Mentală din SUA a constatat (în cazul pacienţilor care luau antidepresive) rate mai mari de tentative de suicid decât cele

obtinute în studiile finanţate de companiile farmaceutice. Mai mult, multe companii farmaceutice angajează scriitori profesionişti, ce rămân anonimi, să scrie studiile clinice pentru publicare; din acest motiv, există potenţialul de a

distorsiona dovezile, în sensul descrierii unor efecte favorabile ale medicamentelor. în sfârşit, au fost raportate cazuri (de exemplu, scandalul privind medicamentul Vioxx) în care companiile farmaceutice au ascuns dovezile

negative. Cu toate că acest tip de nedezvăluire nu a fost clar demonstrat pentru antidepresive, aceasta rămâne o posibilitate neliniştitoare.

Ca răspuns la aceste îngrijorări, Comitetul International al

Editorilor de Reviste Medicale a cerut recent ca autorii care depun lucrări spre publicare să fie obligaţi să dezvăluie orice suport financiar primit şi orice relaţii personale care ar putea să le afecteze munca, să arate dacă

există conflicte potenţiale, să identifice persoanele care au acordat asistenţă la redactarea articolului si să dezvăluie sursele de finanţare primite. Poate că cel mai important lucru este că acest Comitet cere ca autorii să declare

toate studiile clinice pe care le-au realizat cu sprijinul unor organizaţii nonprofit, indiferent dacă acele studii au fost sau nu publicate. în acest mod, *toate* studiile vor fi disponibile gratis publicului, nu doar cele care au

obţinut rezultate pozitive. în plus, Administraţia pentru Alimente şi Medicamente din SUA cere ca, în cererea pentru obţinerea aprobării comercializării respectivului medicament, compania producătoare să menţioneze

rezultatele tuturor studiilor realizate, inclusiv datele privind eficacitatea şi siguranţa substanţei în cauză.

Deci, antidepresivele duc oare la suicid? Datele disponibile sugerează că probabil nu, dar

distorsiunile potenţiale ale cercetărilor cresc tentada de lua în serios si varianta în care

ar exista o cauzalitate între antidepresive şi sinucidere. Cu toate acestea, unele antidepresive par să cauzeze cel puţin o infimă

creştere a ideilor suicidare si a tentativelor în cazul copiilor, adolescenţilor şi adulţilor tineri.

Suicidul este a treia cea mai importantă cauză de deces la adolescenţi (între 10 şi 14 ani) în

Statele Unite. Mulţi cercetători au constatat că un consum crescut de antidepresive este asociat cu rate scăzute ale suicidului reuşit. Pe de altă parte, dacă avertismentele „în chenar negru“ îi determină pe medici să reducă administrarea de

antidepresive, acest lucru ar putea să crească rata sinuciderilor. Rezultatele unui studiu recent realizat în Olanda sugerează că aşa par să stea lucrurile: rata de sinucidere la copii a crescut cu peste 40% din 2003, când ratele

de administrare de antidepresive au început *să scadă.*

O alternativă mai bună faţă de administrarea de antidepresive la mai puţini copii şi adolescenţi ar fi continuarea administrării lor,
dar cu o monitorizare strictă si

atentă din

)

partea medicului. Altfel, ne putem confrunta cu o ironie tragică: eforturile de a-i proteja pe copii de gândurile şi tentativele suicidare prin reducerea administrării de

antidepresive pot duce la daune mai mari, adică la creşterea ratelor de suicid din cauza tratării inadecvate a depresiei.

Multe întrebări sunt încă fără răspuns. Viitoarele studii, neinfluenţate de companiile de

medicamente, vor evidenţia oare riscuri

diferite privind suicidul şi tentativele suicidare la tineri? Vom constata, la fel ca zi, lipsa unei influenţe a antidepre sivelor

asupra suicidalitătii si suicidului la adulţi? Ce vor

dezvălui studiile realizate pe termen lung despre efectele antidepresivelor asupra suicidului şi suicidalităţii? Sperăm ca eforturile recente de reducere a

surselor de distorsiune în cercetare să ne ofere răspunsuri mai acurate la aceste întrebări importante.

Din fericire, există o alternativă la antidepresive. Multe studii, chiar dacă nu toate, au arătat că

psihoterapiile de scurtă durată (între 12 până la 16 şedinţe), cu sau fără medicaţie, sunt cel puţin la fel de eficiente ca şi terapia cu medicamente în cazurile de depresie şi anxietate; în plus, acestea menţin recuperarea

pacientului mai bine pe termen lung şi prezintă riscuri minime sau nule de suicid. Totuşi, pentru că psihoterapeuţii nu au bugete de publicitate la fel de generoase precum cele ale companiilor farmaceutice, mulţi consumatori

de servicii de sănătate mentală nu cunosc mai nimic despre aceste descoperiri importante.

Dat fiind nivelul actual de cunoştinţe, susţinem administrarea antidepresivelor, în

particular a fluoxetinei, care este unul dintre tratamentele pentru depresie şi anxietate la copii, adolescenţi şi tineri, atâta timp cât tratamentul este strict monitorizat. Fluoxetina şi multe alte antidepresive s-au dovedit

eficiente şi la populaţia adultă, aşa că susţinem utilizarea lor şi la persoanele peste douăzeci şi patru de ani. Datele arată însă că o combinaţie de psihoterapie, îndeosebi terapie cognitiv-comportamentală, şi

medicamente antidepresive este tratamentul cel mai eficient, cu efect de durată şi sigur.

Lecturi recomandate

Gupta, S., Gersing, K.R., Erkani, A. & Tal, B. (2015), Antidepressant regulatory warnings, prescription patterns, suicidality and other aggressive behaviors in major depressive disorder and anxiety disorders.

*Psychiatric Quarterly, 86,*1-14.

Hammad, T.A., Laughren, T. & Racoosin, J. (2006), Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs, *Archives of*

General Psychiatry, 63(3), 332-339.

~~*Healy, D. (2004),*~~ *Let them eat Prozac: The unhealthyrelationship between the pharmaceutical industry and*

depression,~~ New York: New York University Press.~~

3#C -sfc 3|c -sfc 3#C -sfc 3|c

--------Acronimul titulaturii în limba engleză a acestei instituţii din Statele Unite:

Food and Drug

Administration ~~**(.**~~*N.t*~~**,)**~~

14

Adevărul despre terapia cu electrosocuri

w

Un pacient gălăgios de pe secţia de psihiatrie este adus într-o

cameră şi legat de o targă. Este pedepsit pentru sfidarea autorităţii sadicei asistente-şefe. După ce e întins pe targă, rămânând complet treaz, psihiatrul şi alţi membri ai personalului îi pun electrozi pe ambele părţi ale capului şi

declanşează un curent rapid de electricitate. Câţiva infirmieri îl ţin pe pacient în timp ce el se zbate de durere, se luptă incontrolabil şi cade în amorţeală.

Această scenă din filmul de Oscar din 1975, *Zbor deasupra*

unui cuib de cuci, cu Jack Nicholson în rolul pacientului rebel, a modelat probabil percepţiile publicului general cu privire la terapia electroconvulsivă (TEC),
având o influentă mult mai mare

decât orice

Î

descriere ştiinţifică. Drept rezultat, mulţi oameni obişnuiţi privesc terapia cu electroşocuri ca pe o procedură periculoasă, barbară chiar. Totuşi, cele mai multe date sugerează că, atunci când este corect administrată, terapia cu electroşocuri este un tratament de

ultimă instanţă relativ sigur şi adesea benefic în cazuri de depresie severă, precum şi în alte boli mentale.

Concepţii distorsionate de filme

Zbor deasupra unui cuib de cuci

nu este singura sursă din cultura populară în care terapia cu electroşocuri are parte de o portretizare negativă. într-un sondaj din 2001 realizat cu privire la 24 de filme care prezintă această tehnică, psihiatrii Andrew

McDonald, de la Universitatea Sydney, şi Garry Walter, de la Northern Sydney Central Coast Health din New South Wales, au raportat că descrierile terapiei cu electroşocuri sunt de obicei peiorative şi inexacte. în cele mai

multe cazuri, terapia cu electroşocuri apare ca şi cum ar fi administrată fără consimţământul pacienţilor şi adesea ca pedeapsă pentru nesupunere. Tratamentul este în mod tipic aplicat unor pacienţi complet conştienţi şi

înspăimântaţi. Ulterior aplicării şocurilor, pacienţii în general cad într-o stare de incoerentă, ca nişte zombi. în 6 dintre filmele analizate, pacienţii devin în mod pregnant mai bolnavi sau mor.

Probabil ca rezultat al acestor

portretizări, publicul general are atitudini negative faţă de terapia cu electroşocuri. într-un sondaj din 2012, realizat pe 165 de studenţi la Psihologie, care se presupune că sunt mai informaţi decât majoritatea populaţiei cu

privire la terapiile bolilor mentale, psihologele Annette Taylor şi Patricia Kowalski, de la Universitatea San Diego, au descoperit că 74% au fost de acord că terapia cu electroşocuri este fizic periculoasă. Iar un

sondaj din 2006, realizat pe un eşantion de 1 737 de cetăţeni elveţieni si condus de psihologul Christoph Lauber, pe atunci la Spitalul Universitar Psihiatric din Zürich, a dezvăluit că 57% dintre respondenţi percepeau terapia cu

electroşocuri ca fiind dăunătoare; doar 1,2% dintre participanţi au susţinut utilizarea ei.

Riscuri minime

Terapia cu electroşocuri, colocvial

denumită „terapia de şoc“, a fost introdusă în 1938 de neurologii italieni Ugo Cerletti şi Lucio Bini, ca tratament pentru psihoză. (Se pare că ideea i-a venit lui Cerletti după ce a observat că vacile supuse unor electroşocuri înainte

de a fi sacrificate intrau într-o stare de sedare.) Tratamentul este simplu: pe capul pacientului sunt atasati niste electrozi între care circulă un curent electric' provocând schimbări în chimia şi activitatea creierului.

înainte de jumătatea anilor 1950, această intervenţie era adesea periculoasă, ceea ce justifică întrucâtva percepţia publică negativă.

Pe atunci pacienţii nu erau adormiţi în timpul terapiei cu

electroşocuri. Şocul producea convulsii, care aveau deseori ca rezultat fracturi ale oaselor, din cauza zbaterilor corpului. în fond, atunci când era corect administrată, terapia cu electroşocuri inducea o criză

convulsivă; astfel, mulţi cercetători susţin că o astfel de criză este necesară pentru ca procedura să funcţioneze.

în prezent, în Statele Unite şi în alte ţări occidentale, pacienţilor li se administrează terapie cu

electroşocuri în conjuncţie cu un relaxant muscular şi cu un anestezic general, ambele fiind administrate pentru a reduce activitatea musculară în timpul crizei şi a scădea disconfortul general. Ca urmare, chiar dacă

pacienţii încă mai trec printr-o criză convulsivă, ei sunt inconştienţi în timpul procedurii şi nu experimentează dureri sau convulsii observabile. Pentru siguranţă, în timpul aplicării terapiei cu electroşocuri, sunt

monitorizate undele cerebrale ale pacientului, precum şi celelalte semne vitale.

Aceste progrese au făcut ca terapia cu electroşocuri să fie mult mai sigură şi mai puţin înspăimântătoare decât era

cândva. într- un sondaj realizat în 1986 pe 166 de pacienţi care au fost trataţi cu electroşocuri, psihiatrii C.P.L. Freeman şi R.E. Kendell, de la Universitatea din Edinburgh, au constatat că 68% dintre pacienţi au raportat că

experienţa nu a fost mai supărătoare decât o vizită la dentist. Pentru ceilalţi, terapia cu electroşocuri a fost mai neplăcută decât stomatologul, dar nu a fost dureroasă.

Totuşi, acest tratament nu este

lipsit de riscuri. în unele ţări, medicii administrează terapia cu electroşocuri în moduri destul de asemănătoare cu cele din era anterioară anilor 1950. într-un studiu de sinteză din 2010, psihiatrul Worrawat Chanpattana,

de la Spitalul Samitivej Srinakarin din Bangkok, şi colegii săi au constatat că 56% dintre pacienţii din 14 ţări asiatice au primit terapie cu electroşocuri fără relaxant muscular sau fără anestezic. Iar terapia cu

electroşocuri administrată la întâmplare are dezavantaje. De obicei, în astfel de cazuri, pacienţii ies din criza convulsivă având o dezorientare temporală. Mai grav, cei mai mulţi dintre pacienţi experimentează ulterior o amnezie

retrogradă: nu îşi mai amintesc multe dintre evenimentele care s-au întâmplat cu câteva săptămâni sau luni înainte de tratament.

Pierderea de memorie este mai puţin pronunţată atunci când electrozii sunt plasaţi pe o singură

parte a capului decât pe ambele părţi. Iar tehnologiile dezvoltate în ultimii ani, inclusiv aparatele cu pulsaţii, care permit calibrarea fină a dozelor de electricitate, minimizează gradul amneziei. Totuşi, această procedură poate fi

oricând însoţită de unele probleme de memorie. în puls, unele studii oferă indicii că terapia cu electroşocuri poate duce, în cazuri rare, la deficite cognitive de durată, dincolo de problemele de amnezie retrogradă; totuşi, datele

care susţin posibilitatea acestui efect sunt departe de a ii definitive.

Mecanisme misterioase

Date fiind efectele adverse asupra

memoriei, terapia cu electroşocuri trebuie să fie luată în considerare doar după ce alte tratamente au eşuat. Totuşi, o mare parte dintre studiile făcute sugerează că terapia cu electroşocuri poate fi eficientă în ameliorarea

simptomelor câtorva boli mentale, incluzând aici depresia severă si faza maniacală din tulburarea

y

bipolară. De asemenea, pare să amelioreze catatonia (o afecţiune marcată de anomalii izbitoare ale

motilităţii, precum rămânerea în poziţia fetală sau repetarea aceluiaşi gest la nesfârşit), manifestare care poate însoţi schizofrenia şi tulburarea bipolară.

Acceptarea acestei intervenţii ar putea fi mai puternică dacă

cercetătorii ar determina de ce funcţionează. Conform unui studiu de sinteză

>

din 2011, psihiatrul Tom Bolwig, de la Spitalul Universitar din Copenhaga, a observat că terapia

cu electroşocuri măreşte secreţia anumitor hormoni, care în depresie este întreruptă. Alţii sugerează că electricitatea stimulează creşterea neurală şi ajută la reconstrucţia ariilor cerebrale care ne

J

protejează împotriva depresiei. O a treia ipoteză ar fi că, prin aceste crize, se resetează la nivel bazai activitatea creierului, ceea ce adesea aduce ameliorări, conchide Bolwig.

De asemenea, terapia cu electroşocuri poate ameliora boala

prin modificarea sensibilităţii receptorilor de neurotransmiţători, precum serotonina (vezi capitolul 10 din acest volum). Niciuna dintre aceste ipoteze însă nu a fost încă validată de cercetări convingătoare. Pe măsură ce

aflăm mai multe despre această intervenţie, în mare măsură încă neînţeleasă, îi vom putea rafina metodele de administrare şi îi vom reduce efectele negative. Chiar în forma sa curentă, însă tratamentul este foarte departe

de pedeapsa barbară portretizată în media. Ca urmare, în multe cazuri, această intervenţie merită să fie luată în considerare atunci când suferinţa psihică nu a putut fi uşurată de celelalte metode.

Lecturi recomandate

~~*Dukakis, K. & Tye, L. (2006),*~~
Shock: The healing power of
electroconvul therapy, ~~*New*~~
York: Avery Publishing Group.

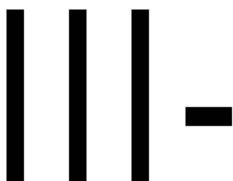
McDonald, A. & Walter, G.

(2009), Hollywood and ECT, *International Review of Psychiatry, 21(3),* 200-206.

Par

tea

a


III-

a

Tulburări ale copiilor şi adolescenţilor

W

Introducere

în 2013, *DSM-5* a introdus o nouă clasă de diagnostic denumită tulburări de neurodezvoltare, care încep de obicei în copilărie, adesea înainte ca micuţii să intre

la şcoala primară. Aceste probleme continuă pe parcursul adolescenţei şi adesea la maturitate, în această categorie sunt incluse tulburarea de deficit de atenţie şi hiperactivitate, tulburarea de spectru autist,

tulburările motorii, inclusiv sindromul Tourette, şi probleme de dezvoltare intelectuală, învăţare si comunicare. Probleme specifice copiilor apar în multe alte locuri din *DSM.* Copiii şi adolescenţii pot fi diagnosticaţi cu

tulburări anxioase, de dispoziţie şi de comportament alimentar, precum şi cu tulburări de comportament disruptiv, de control al impulsului şi de conduită. în această secţiune, vom examina miturile privind unele

dintre aceste dificultăţi psihice.

Cei mai mulţi oameni, în special părinţii, au auzit de termenul „tulburare cu deficit de atenţie/hiperactivitate“ (ADHD*********). Copiii sau adolescenţii care primesc acest

diagnostic sunt în mod persistent neatenţi şi/sau în mod constant hiperactivi sau o combinaţie a celor două. Simptomele tipului predominant neatent includ distractibilitatea, dezorganizarea, uitarea, în timp ce simptomele

pentru tipul hiperactiv includ activitatea exagerată, impulsivitatea, agitaţia şi incapacitatea de a aştepta. La indivizii cu ADHD, simptomele pentru cele două categorii interferează cu performanţa

şcolară, precum şi cu relaţiile cu alţi copii de aceeaşi vârstă, dar şi cu adulţii.

Principalele trăsături ale tulburării din spectrul autismului, anterior denumită autism, sunt problemele grave de comunicare

şi interacţiune socială, alături de tiparele repetitive de comportament, interese şi activităţi. Spectrul se întinde de la forme uşoare, care anterior erau subsumate sub diagnosticul de sindrom Asperger, până la

autismul sever. Un film din 1988, care i-a făcut pe mulţi oameni să conştientizeze existenta
± > j j
acestei tulburări, a fost *Rain Man,* în care Dustin Hoffman a jucat rolul unui bărbat cu autism sever,

inspirat după o persoană reală, Kim Peek (poreclit „Kimcomputer“ datorită memoriei sale remarcabile pentru date statistice, cum ar ii numărul de lovituri reuşite

[7])

ale vedetelor din liga de baseball). Cu toate că unul dintre consultanţii care au ajutat la dezvoltarea acestui rol a fost un psiholog eminent, Bernard Rimland, portretizarea din film a creat probleme în legătură cu

modul în care publicul a perceput această tulburare.

Mai târziu, Rimland avea să spună că el a creat rolul unui personaj cu autism sever, deci al unei persoane care acum ar fi diagnosticată la polul accentuat al

spectrului autismului. în acest fel, în mod neintenţionat, a creat un stereotip al persoanelor cu autism, care sunt înfăţişate ca prezentând dificultăţi interpersonale şi purtându-se ca nişte ciudaţi. Dar autismul poate să aibă şi forme

uşoare şi mulţi oameni de la capătul inferior al spectrului sunt înalt funcţionali. Dan Akroyd, un briliant actor, scriitor şi comediant, a fost diagnosticat atât cu tulburare din spectrul autismului, cât şi cu tulburare Tourette. Unul

dintre simptomele autismului este preocuparea pentru fantome. Acest lucru a inspirat filmul *Ghostbusters (Vânătorii de fantome),* la care a fost coscenarist şi în care a jucat unul dintre personajele principale (dar

nu una dintre fantome). Tulburarea Tourette este clasificată ca o tulburare motorie şi presupune ticuri corporale şi vocale. Un tic este o mişcare motorie sau o vocalizare bruscă, rapidă, recurentă.

O întrebare extrem de controversată este dacă şi copiii pot suferi de tulburare bipolară (vezi descrierea acestui diagnostic în Introducerea de la Partea a II-a). O altă arie controversată priveşte eficacitatea metodelor de predare

la clasele de adolescenţi a unor lecţii cu privire la consumul de droguri şi a metodei „spune nu drogurilor“.

în această secţiune, vom arunca o privire mai atentă asupra acestei probleme, dar şi asupra altor teme

legate de tulburările psihice care apar la copii şi adolescenţi.

- Tulburarea de deficit de atenţie/hiperactivitate este oare diagnosticată sau tratată în mod excesiv?

- A crescut prevalenţa autismului în mod dramatic?
- Majoritatea copiilor cu sindrom Tourette înjură?
- Problemele de

comportament ale persoanelor cu sindrom Tourette sunt voluntare sau sunt cauzate de problemele lor psihice?

- Persoanele cu sindrom

Tourette vor fi incapacitate în mod permanent din cauza tulburării lor?

- La copii, tulburarea bipolară este rară sau

inexistentă?

- Divorţul le cauzează aproape întotdeauna probleme grave sau de durată copiilor?
- Abordările de tipul

„disciplinei de fier“ îi ajută
pe infractorii juvenili?

******** T 1 * 1 A ■

---------- In limba romana este
-----consacratacronimul
~~***denumirii englezeşti:***~~ *Attention*
Deficit/Hipcractiviţy
Disorder. (N. t.)

15

Există prea mulţi copii diagnosticaţi cu ADHD?

O carte pentru copiii germani din 1845 de Heinrich Hoffman îl prezenta pe Petrică Ciuf- Zbârlit,

un băiat care era atât de neastâmpărat, încât, când lua masa, se hâţâna pe scaun încolo şi-ncoace, ca ieşit din minţi. Odată, agăţându- se de faţa de masă, a tras jos toate farfuriile. Dar abia în 1902 un pediatru

britanic, George Frederic Still, a descris ceea ce numim acum tulburare de deficit de atenţie/hiperactivitate (ADHD). De la Still până astăzi, tulburarea a trecut printr-o mulţime de denumiri, inclusiv impulsivitate

organică, sindrom hiperkinetic, tulburare de deficit de atentie — cea mai recentă formă fiind: tulburare de deficit de atenţie/hiperactivitate.

în ciuda acestei îndelungate istorii, diagnosticul şi tratamentul ADHD

la copiii de

astăzi cu greu ar putea fi mai controversate decât sunt. în programul său de televiziune din 2004, Phil McGraw („Dr. Phil“) era de opinie că ADHD „este supradiagnosticată“, iar un sondaj

din 2005, realizat de psihologii Jill Norvilitis, de la Universitatea SUNY din Buffalo, şi Ping Fang, de la Capital Normal University din Beijing, a dezvăluit că în Statele Unite 82% dintre profesori şi 68% dintre studenţi sunt de acord că

„ADHD este supradiagnosticată în zilele noastre“. Conform multor critici, această supradiagnosticare aduce la lumină fenomenul tratării cu medicamente a comportamentului normal şi recomandarea pripită a pilulelor în

locul dezvoltării de abilităţi — precum a-i învăţa pe copii modalităţi mai bune de a face faţă stresului.

Dar, cu toate că datele indică, cel puţin parţial, o supradiagnosticare, mai ales la

băieţi, dimensiunea acestei probleme este neclară. De fapt, dovezile, cu unele excepţii notabile, par să susţină mai degrabă tratarea insuficientă (şi nu tratarea excesivă) a tulburărilor de atenţie/hiperactivitate.

Medicaţie pentru normalitate

Manualul de diagnostic al Asociaţiei Americane de Psihiatrie, *DSM-5,* descrie două seturi de indicatori pentru ADHD: lipsa de atenţie (copilul este distras cu

uşurinţă), respectiv hiperactivitatea (se foieşte mult, de exemplu) sau impulsivitatea (copilul răspunde prea rapid, în mod impulsiv). Copilul trebuie să prezinte cel puţin şase dintre cele nouă simptome enumerate de

DSM-5, timp de cel puţin o jumătate de an, din ambele categorii — neatenţie şi hiperactivitate/impulsivitate. în plus, cel puţin unele dintre probleme trebuie să fie prezente înainte de vârsta de doisprezece

ani şi să producă dezechilibre în cel puţin două arii diferite, de exemplu, la şcoală şi acasă. Studiile sugerează că circa 5% dintre copiii de vârstă şcolară au ADHD; tulburarea este

diagnosticată cam de trei ori mai mult la băieţi decât la fete.

Mulţi specialişti acuză că ADHD ar fi masiv supradiagnosticată, reflectând o „medicalizare“ a unor dificultăţi ale copilăriei care în mare parte sunt normale, cum ar

fi foiala, plictiseala şi nerăbdarea. Cu toate acestea, nu prea are sens să vorbim despre supradiagnosticarea ADHD dacă nu ştim care sunt criteriile precise prin care puteam evalua prezenţa ADHD. Iar datele sugerează că nu

există o delimitare clară între normalitate si boală.[3] într-un studiu publicat în 2011, psihologii David Marcus, acum la Universitatea Statului Washington, şi Tammy Barry, de la Universitatea South Mississippi, au evaluat simptomele

ADHD la un grup mare de copii de clasa a III-a. Analizele lor au demonstrat că diferenţa între această tulburare şi normalitate este doar una de grad, nu de natură.

Totuşi, multe dintre condiţiile

medicale bine-
î ’ ?
cunoscute, precum hipertensiunea şi diabetul de tip 2, sunt tot nişte extreme de pe un continuum care include întreaga populaţie. Ca urmare, întrebarea mai relevantă

este dacă medicii îi diagnostichează frecvent cu ADHD pe copiii care nu îndeplinesc criteriile medicale specificate de *DSM-5.*

Unele dintre studii indică faptul că uneori se pun astfel de

diagnostice eronate, deşi magnitudinea fenomenului nu este clară. în 1993, Albert Cotugno, psiholog practician din Massachusetts, a raportat că doar 22% dintr- un număr de 92 de copii cărora li s-a recomandat să

meargă la o clinică specializată în ADHD îndeplineau în realitate criteriile pentru această tulburare, în urma unei evaluări care a arătat că mulţi copii trimişi pentru tratament nu aveau această tulburare, asa cum

este ea formal definită. Cu toate acestea, rezultatele nu sunt concluzive, deoarece nu se cunoaşte câţi dintre tineri au primit un diagnostic oficial, iar grupul evaluat a provenit doar de

la o singură clinică.

într-un mod mai clar, dar mai puţin dramatic, putem găsi dovezi ale supradiagnosticării într-un studiu din 2012 în care cercetătoarea în psihologie Katrin Bruchmiiller, de la Universitatea

Basel, şi colegii săi au constatat că, atunci când le erau prezentate cazuri de copii care nu îndeplineau criteriile pentru diagnosticul ADHD din *DSM- V,* circa 17% dintre cei 1 000 de specialişti în

sănătate mentală chestionaţi îi

diagnosticau în mod greşit pe copii ca având ADHD. Aceste erori erau frecvente în special la băieţi, poate din cauză că ei adesea se potrivesc stereotipurilor clinicienilor cu privire la copiii cu tulburare de

deficit de atenţie/hiperactivitate. (Pe de altă parte, unii cercetători susţin că ADHD este prea puţin diagnosticată la fete, care adesea au simptome mai subtile, precum

căderea în reverie şi înclinaţia spre fantazare.)

Negustori de pastile?

Rapoarte publicate cu privire la utilizarea substanţelor stimulante

pentru tratarea ADHD datează încă din anul 1938. Dar în 1944, chimistul Leandro Panizzon, care lucra pentru CIBA, predecesoarea firmei Novartis, a sintetizat un medicament stimulant pe care l-a denumit în onoarea soţiei sale,

Marguerite, al cărei nume de alint era Rita. Ritalinul (metilfenidatul) şi alte stimulante — precum Adderall, Concerta şi Vyvanse — sunt acum tratamente standard; de asemenea, utilizat pe larg, pentru ADHD, este şi Strattera, un

nonstimulant. Circa 80% dintre copiii diagnosticaţi cu ADHD prezintă ameliorări ale atenţiei şi controlului impulsului atunci când îşi iau medicamentele, dar nu şi după ce efectele acestora se risipesc. Totuşi, stimulantele au

uneori efecte secundare, precum insomnie, pierdere uşoară în greutate
şi o uşoară oprire a creşterii în înălţime. Sunt, de asemenea, eficace, în multe cazuri, tratamentele

comportamentale de recompensare a copiilor când stau liniştiţi, îşi menţin atenţia sau se angajează în activităţi adecvate.

Multe surse media raportează că stimulantele sunt prescrise pe

scară largă pentru copii care nu suferă de ADHD. Aşa cum au observat farmacologul olandez Willemijn Meijer, de la Institutul PHARMO din Utrecht, şi colegii săi într-un studiu de sinteză din 2009, în Statele Unite, eliberarea de

reţete pentru stimulante pentru copii a crescut, ca număr, de la 2,8% la 4,4% între anii 2000 şi 2005. Totuşi, cele mai multe date sugerează că ADHD rămâne adesea netratată, cel puţin dacă pornim de la prezumţia că toţi

copiii cu acest diagnostic ar trebui ca să primească stimulante. Psihiatrul Peter Jensen, pe atunci la Universitatea Columbia, observa într-un articol din anul 2000 că datele de la jumătatea anilor 1990 demonstrau că, deşi circa trei

milioane de copii din Statele Unite îndeplineau criteriile pentru ADHD, doar două milioane primeau o reţetă de stimulante de la medic.

Totuşi, probabil că percepţia că medicamentele stimulante sunt excesiv prescrise şi administrate

în exces are şi un miez de adevăr. Datele colectate în anul 1999 de către psihologa Gretchen LeFever, pe atunci de la Facultatea de Medicină Eastem Virginia, indicau zone geografice de supraprescripţie. în sudul Virginiei,

8-10% dintre copiii de clasele a II-a până la a V-a primeau tratament cu stimulante, în condiţiile în care, pentru acea regiune, procentul de copii cu ADHD era de aşteptat să fie de 5. Mai mult, un număr tot mai mare de persoane care au

puţine probleme de atentie sau deloc — cum ar fi studenţii care

încearcă să stea treji şi alerţi ca să înveţe — foloseşte stimulante, asa cum arată studiile

aflate în desfăşurare. Cu toate că

daunele pe termen lung ale acestor stimulante în rândul elevilor sunt neclare, ele prezintă risc de
adictie.
)

0 privire în viitor

Ediţia nouă a *Manualului de diagnostic, DSM-5,* care a apărut în 2013, a extins diagnosticul de tulburare de deficit de atenţie/hiperactivitate faţă de ediţia anterioară (   ),

specificând
o proporţie mai mică de simptome, din total, care trebuie îndeplinite pentru punerea diagnosticului şi ridicând vârsta de debut de la 7 la 12 ani. într-un comentariu din 2012, psihologa Laura Batstra, de

la Universitatea Groningen, Olanda, şi psihiatrul Allen Frances, de la Universitatea Duke, au exprimat îngrijorări cu privire la faptul că aceste modificări vor duce la creşteri eronate ale diagnosticelor de tulburări de

deficit de atenţie/hiperactivitate. Indiferent dacă previziunile lor se adeveresc sau nu, problema diagnosticării ADHD sigur va stârni o nouă furtună de controverse cu privire la clasificarea si tratamentul acestei tulburări.

Lecturi recomandate

Bruchmiiller, K., Margraf, J. & Schneider, S. (2012), Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis, *Journal of Consulting*

and Clinical Psychology, 80(1),
128- 138.

16

Autismul

O epidemie?

Dacă cifra „1 din 68“ vă sună familiar, poate este din cauză că ati auzit recent o reclamă la

y

televizor sau ati citit un anunţ în vreo revistă.

Conform unor estimări larg răspândite, 1 din 68 este acum proporţia copiilor care suferă de autism. Această proporţie este uimitor de înaltă în comparaţie cu

cifra de 1 din 2 500 acceptată cu decenii în urmă de specialiştii în autism. Pe parcursul a zece ani, din 1993 până în 2003, statisticile publicate de Departamentul pentru Educaţie al Statelor Unite au dezvăluit o creştere cu 657% a

ratei cazurilor de autism la nivel naţional, oficial

denumit în prezent tulburare din spectrul autismului.

Deloc surprinzător, aceste creşteri năucitoare i-au făcut pe mulţi cercetători şi

educatori să vorbească despre o „epidemie“ de autism. Reprezentantul statului Indiana, Dan Burton, declara în 2001 că „avem de-a face cu o epidemie“. Dar ce se întâmplă în realitate?

înainte de a explora răspunsul la

această întrebare, este necesar să precizăm contextul. Autismul este o tulburare gravă, care apare prima dată în copilăria mică. Indivizii cu autism sunt afectaţi de probleme de limbaj, conexiune socială şi imaginaţie. Cu toţii

suferă de deficite grave de comunicare, iar unii sunt muţi. Nu stabilesc relaţii apropiate cu alţi oameni, preferând să rămână în propria lor lume mentală. Se angajează în activităţi înalt stereotipizate şi repetitive,

prezentând o marcată aversiune fată de schimbare. Cam două treimi dintre indivizii autişti sunt marcaţi de deficit intelectual, anterior cunoscut sub denumirea de retard mental. Din motive care rămân necunoscute, cei mai mulţi

sunt de sex masculin.

Cauzele autismului rămân enigmatice, deşi studiile realizate pe gemeni sugerează că factorii genetici joacă un rol proeminent.

Totuşi, doar influenţele genetice nu pot explica această creştere rapidă, astronomică a prevalenţei tulburării într-o perioadă de doar câţiva ani.

în consecinţă, pentru a găsi posibilele explicaţii, cercetătorii şi-

au îndreptat atenţia către factorii de mediu. Printre agenţii cauzali propuşi se numără antibioticele, viruşii, alergiile, oportunităţile crescute pentru ca părinţi cu trăsături autiste uşoare să se întâlnească şi să formeze cupluri

şi, într-un studiu recent realizat de cercetătorii de la Universitatea Corneli, ratele crescute ale privitului la televizor la copiii foarte mici. Câteva dintre aceste explicaţii au fost investigate sistematic, dar toate rămân încă la

nivel de speculaţie.

Vaccinurile sunt de vină?

Totuşi, există un factor din mediu care a primit partea leului în ceea ce priveşteatenţia

cercetătorilor: vaccinurile. La început timid, vaccinurile păreau să fie un candidat plauzibil ca sursă a epidemiei. Simptomele debilitante ale autismului devin tipic vizibile după vârsta de doi ani, nu la mult timp după ce copiii

sunt vaccinaţi contra mai multor boli. într-adevăr,

7 7

mulţi părinţi susţin că la scurt timp după vaccinare copiii lor au dezvoltat autism fie după o serie

de vaccinuri

contra rujeolei,

oreionului, si rubeolei,a sa-
numitul vaccin

ROR, fie după administrarea unor vaccinuri care conţin thimerosal, un conservant ce

conţine mercur.

Mare parte a scandalului din jurul legăturii dintre vaccin si autism a fost alimentată de o cercetare larg popularizată realizată pe 12 copii şi publicată în 1998 de gastroenterologul britanic Andrew Wakefield şi colegii săi.

Studiul a arătat că simptomele de autism au apărut la scurt timp după ce copiii au primit vaccinul ROR. (Zece dintre cei treisprezece coautori ai studiului au publicat ulterior retractări ale concluziilor articolului.) Interesul public cu

privire la legătura vaccin-autism a fost accentuat în continuare de cartea intitulată provocator *Evidcncc of Har*[Dovada daunei], apărută la editura St. Martin’s Press, 2005. Scrisă de jurnalistul de investigaţie David Kirby, cartea

a fost prezentată pe larg în emisiunea postului NBC *Mect the Press.*

Totuşi, cercetări recente au infirmat mult- hulita legătură dintre vaccinuri şi autism. Rezultatele câtorva studii

americane, europene şi japoneze demonstrează că, deşi rata vaccinării cu ROR a rămas constantă sau a scăzut, rata diagnosticului de autism a crescut, în plus, chiar şi după ce guvernul danez a oprit

administrarea vaccinurilor conţinând thimerosal, ratele autismului au continuat să crească. Aceste studii si altele, sintetizate de

Institutul de Medicină din SUA, sugerează că există puţine dovezi

care să susţină că vaccinurile cauzează autism. Este posibil ca vaccinurile să declanşeze autismul la un

J

subgrup foarte mic de copii, dar, şi dacă este aşa, acest subgrup nu

a fost încă identificat.

Schimbarea criteriilor de diagnostic

Ca şi cum lucrurile n-ar fi deja destul de confuze, există motive

serioase pentru a pune sub semnul întrebării existenta ca atare a unei epidemii de autism. Vaccinurile vinovate de

autism ar putea fi ceea ce oamenii de ştiinţă numesc „o explicaţie care îşi inventează obiectul de

studiu“. Aşa cum observau psihologii de la Universitatea Wisconsin- Madison, Morton Ann Gernsbacher şi H. Hill Goldsmith, împreună cu cercetătoarea Michelle Dawson, de la Universitatea Montreal, într-un

studiu de sinteză din 2005, există o explicaţie alternativă deseori trecută cu vederea a acestei epidemii: schimbarea procedurii de diagnosticare. Pe parcursul timpului, criteriile pentru diagnosticul de autism au

devenit tot mai laxe, ducând la etichetarea unor indivizi doar uşor afectati, ca

î j

fiind autişti.[3]

într-adevăr, versiunea din 1980

a *Manualului de diagnostic al Asociaţiei Americane de Psihiatre {DSM-UÎ)* cerinţa era ca indivizii să îndeplinească şase din şase criterii pentru a pune un diagnostic de autism. Dimpotrivă, versiunea din 1994 *(DSM-IV* care este în uz în

prezent, reclamă ca indivizii să îndeplinească 8 din 16 criterii. Mai mult, dacă *DSM-III* conţinea doar două diagnostice relevante pentru autism, *DSM-IV* conţine cinci astfel de diagnostice, inclusiv sindromul Asperger, pe care cei mai mulţi

cercetători îl privesc ca pe o variantă înalt-funcţională a autismului. *DSM-5,* publicat în 2013, a combinat aceste diagnostice, inclusiv sindromul Asperger, într-o categorie mai largă a aşa-numitei tulburări din

spectrul autismului şi a făcut mai laxe condiţiile de diagnosticare. Totuşi, impactul pe termen lung al acestor schimbări la nivel de diagnosticare asupra prevalenţei autismului rămâne încă să fie determinat.

Modificările legislative pot, de asemenea, să joace un rol semnificativ. Aşa cum observau Gernsbacher şi colegii săi, o versiune modificată a Legii privind educaţia persoanelor cu dizabilităţi, aprobată de Congres

în 1991, le cerea inspectoratelor şcolare să publice statistici precise ale copiilor cu dizabilităţi.

Această lege a dus la creşteri bruşte ale cifrelor raportate pentru copiii cu autism. Oricum, aceste cifre nu sunt bazate pe

diagnostice de autism atent stabilite, nici pe eşantioane reprezentative pentru populaţia largă. în consecinţă, cercetătorii care se bazează pe „estimări din surse administrative“, care provin din datele guvernamentale

colectate de la şcoli, vor ajunge la concluzii eronate cu privire la prevalenţa autismului. Ei ar trebui, dimpotrivă, să se bazeze pe „estimări realizate pe populaţie“, care sunt dezvoltate prin sondaje fiabile statistic şi reprezentative

pentru cazurile de autism înregistrate în rândul populaţiei generale.

O contribuţie suplimentară la creşterile raportate o poate avea „efectul Rain Man“, anume creşterea familiarizării publicului

cu autismul ca urmare a filmului din 1988, premiat cu Oscar şi avându-i în rolurile principale pe Dustin Hoffman şi Tom Cruise.

Cifrele analizate

Două studii susţin afirmaţiile conform cărora

7 *7*

epidemia de autism ar fi mai degrabă iluzorie decât reală. Mai întâi, în 2005, psihiatrii Suniti Chakrabarti (Centrul pentru Dezvoltarea Copilului din Stafford, Anglia) şi Éric Fombonne

(Universitatea McGill) au condus o cercetare care a folosit valori riguroase, bazate pe populaţia reală, pentru a urmări prevalenţa diagnosticului de autism din 1992 până în 1998, pe un eşantion de peste 10 000 de copii care trăiau

în aceeaşi zonă a Angliei. Ei nu au găsit niciun fel de date care să susţină o schimbare a prevalenţei, ceea ce sugerează că, atunci când cercetătorii păstrează aceleaşi criterii de diagnostic pentru autism, ratele de diagnostic nu se

schimbă în timp.

Apoi un articol publicat în anul 2006 de psihologul Paul Shattuck, de la Universitatea Wisconsin-Madison, a identificat o „substituire de diagnostic“: în paralel cu creşterea ratelor de

diagnosticare a autismului, din 1994 până în 2003, au scăzut ratele de diagnosticare a retardului mental si a diz abilităţilor de [7] [7]

învăţare. Această descoperire creşte posibilitatea ca „bazinul“

general de copii cu trăsături de tipul autismului să fi rămas constant, dar diagnosticele specifice referitoare la aceeaşi categorie de populaţie să-şi fi inversat locurile.

Este încă prea devreme să

excludem posibilitatea creşterii prevalenţei autismului, dar este puţin probabil ca această boală să crească aşa de mult cum sugerează o serie de specialişti. Aşa cum zicea cândva regretatul sociolog Marcello Truzzi, de la

Universitatea Eastern Michigan, afirmaţiile extraordinare
necesită dovezi extraordinare. A susţine că

≥

există o epidemie de autism este într-adevăr o afirmaţie

extraordinară. Totuşi, dovezile aduse în susţinerea acestei aserţiuni lasă mult de dorit.

Lecturi recomandate

Fombonne, E. (2003), The prevalence of autism, *Journal of the American Medical Association, 289(1), 87-89.*

Gernsbacher, M.A., Dawson, M. & Goldsmith, H.H. (2005), Three

reasons not to believe in an autism epidemic, *Current Directions in Psychological Science, 14,* 55-58.

Herbert, J.D., Sharp, I.R. & Gaudiano, B.A. (2002), Separating

fact from fiction in the etiology and treatment of autism: A scientific review of the evidence, *Scientific Review of Mental Health Practice,* 1(1), 23-43.

Institute of Medicine (US).

Immunization Safety Review Committee (2004), *Immunization safety review: Vaccines and autism,* Washington, DC: National Academies Press.

17

Ce ştim despre tulburarea Tourette?

Pe 22 mai 2001, renumita realizatoare de dezbateri radiofonice Laura Schlessinger, cunoscută sub numele de Dr.

Laura, a primit un apel de la o femeie tulburată de decizia surorii ei de a nu-1 invita pe nepotul lor la o nuntă ce urma să aibă loc în familie. Când apelanta a menţionat că băiatul suferea de tulburarea Tourette (uneori

denumită şi sindromul Tourette), Dr. Laura a mustrat-o chiar şi pentru gândul că ar fi potrivit să invite acolo un copil care ar fi „strigat obscenităţi în mijlocul ceremoniei“. Aşa cum vom explica îndată, comentariile făcute de Dr.

Laura reprezintă doar unul dintre miturile comune cu privire la Tourette.

Tulburarea Tourette este denumirea eponimă a condiţiei descrise formal pentru prima dată în 1885 de către neurologul

francez Georges Gilles de la Tourette, care a numit-o si *maladie*

,

j

des tics („boala ticurilor“). Conform ediţiei curente a *Manualului de diagnostic al*

Asociaţiei Americane de Psihiatrie, tulburarea Tourette este marcată de un istoric de ticuri motorii (mişcări) şi de ticuri vocale (sunete).

Ticurile motorii includ clipitul, grimasele faciale, scoaterea limbii,

întoarcerea capului şi ridicarea din umeri, în timp ce ticurile vocale cuprind grohăitul, tuşea, ţipetele cu cuvinte inadecvate si chiar lătratul. Unele ticuri sunt „complexe“, adică sunt coordonate chiar serii întregi de

acţiuni. De exemplu, un pacient cu Tourette poate să apuce încontinuu obiecte şi să le miroasă sau să repete ceva ce tocmai a spus altcineva (ecolalie). Adesea un tic este precedat de un „impuls premonitor“, adică de o dorinţă

puternică de a emite ticul, pe care unii au asemănat-o cu senzaţia pe care o avem
înaintea unui strănut. Pacienţii Tourette
)
raportează de obicei ameliorări pe

termen scurt ca urmare a efectuării ticului.

în general, tulburarea Tourette apare în jurul vârstei de şase sau şapte ani, ticurile motorii apărând de obicei înaintea ticurilor vocale. în rare cazuri, tulburarea dispare

la maturitate. Datele sugerează că poate fi prezentă la 1 până la 3 din 1 000 de copii, fiind afectaţi circa de 3 până la 4 ori mai mulţi băieţi decât fete.

Mit si realitate

Asa cum demonstrează

incidentul cu Dr. Laura, tulburarea Tourette este subiectul unor preconcepţii populare; vom examina patru dintre cele mai răspândite.

Preconcepţia 1: *Toţi pacienţii cu Tourette înjură.* într-un sondaj

realizat în rândul studenţilor de la Universitatea San Diego, psihologele Annette Taylor şi Patricia Kowalski au constatat că 65% susţin această viziune. în

į

realitate, coprolalia, folosirea

înjurăturilor, şi copropraxia, folosirea gesturilor obscene, apar doar la o minoritate — probabil în jur de 10% până la 15% dintre pacienţii cu tulburare Tourette. Dar pentru că aceste simptome sunt atât de frapante, ele rămân

puternic imprimate în memoria observatorilor. De asemenea, primesc şi cea mai mare parte din atenţia massmedia, aşa cum s-a întâmplat într-un episod din 2002 al comediei *Curb Your Enthusiasm*********. care prezintă

un bucătar- şef cu tulburare Tourette, ce înjură incontrolabil în fata clienţilor.

>   3

Preconcepţia 2:

Simptomele tulburării

Tourette sunt voluntare. întrucât cei care suferă de tulburarea Tourette pot adesea să-şi reprime ticurile pentru perioade scurte, unii au tras concluzia eronată că pacienţii le efectuează în mod voluntar. De fapt, ei nu au aproape

niciun control asupra impulsurilor precedente şi nu pot să-şi inhibe ticurile prea mult timp, exact aşa cum alte persoane nu prea pot să reziste mult timp până să se scarpine în urma unei mâncărimi. Cu toate că unii cred că

reprimarea ticurilor duce la un „recul“ al acestora, dovezile rezultate din studiile de cercetare nu susţin

Î

această opinie.

Preconcepţia 3: *Tulburarea*

Tourette este cauzată de un conflict psihic subliminal. Aşa cum observa istoricul medicinei Howard Kushner, care activează acum la Universitatea din California, San Diego, ideea că tulburarea Tourette ar ii rezultatul

unor factori psihologici de profunzime a fost influentă în psihiatria americană în marea parte a secolului XX. Pe la jumătatea anilor 1980, când era în formare ca specialist, unul dintre autorii cărţii, Scott Lilienfeld, a

auzit un psiholog spunând că ticurile pacienţilor cu tulburare Tourette reprezintă descărcări simbolice ale energiilor sexuale refulate. Astăzi stim că tulburarea este în esenţă de natură genetică. Un studiu din 1985 realizat de R.

Arlen Price, pe atunci la Universitatea Yale, şi colegii săi a constatat, în cazul gemenilor identici (care împart practic aceleaşi gene), că, atunci când unul suferă de tulburarea Tourette, aceasta se manifestă, cu

o probabilitate de 53%, şi în cazul celuilalt geamăn; în schimb, în cazul gemenilor neidentici (care împart cam jumătate dintre gene), doar în 8% dintre cazuri tulburarea Tourette apărea la ambii gemeni. Cu toate acestea, stresul poate

creşte frecvenţa ticurilor, astfel că este probabil ca genele să nu ne spună, de fapt, întreaga poveste. Studiile de imagistică cerebrală realizate pe pacienţi cu tulburare Tourette dezvăluie anomalii în ariile de control al motilităţii, cum

sunt ganglionii bazali, un grup de structuri adânc îngropate în interiorul emisferelor cerebrale.

Caseta 17.1 Tulburarea Tourette de-a lungul istoriei

Unii autori susţin că, printre

figurile istorice, se numără câteva care este posibil să fi avut tulburarea Tourette: împăratul roman Claudius (din faimosul roman *Eu, Claudius, împărat)* şi scriitorul Samuel Johnson. Alţii au speculat că şi compozitorul

Wolfgang Amadeus Mozart a avut Tourette, desi dovezile aici sunt

⁷)

discutabile, constând în mare în sugestia că Mozart ar fi avut înclinaţia de a profera blasfemii şi

tendinţa către hiperactivitate, simptome ce apar de obicei în tulburarea Tourette.

Psihiatrul Arthur K. Shapiro şi psihologa Elaine Shapiro, de la Universitatea Corneli, susţin că

fata suferindă pe care s-a bazat personajul cărţii din 1971 şi al filmului de succes din 1973, *Exorcistul*, avea tulburarea Tourette. Potrivit lor, convulsiile, grohăiturile şi limbajul profanator au fost greşit interpretate de

către observatori, ca fiind semnele posedării demonice.

Preconcepţia 4: Cei care suferă de Tourette sunt incapacităţi de simptomele lor. Mulţi
indivizi cu tulburare Tourette

funcţionează cu succes în societate. Mort Doran, un chirurg canadian care are această boală, reuşeşte să-si

>
3

y

reprime ticurile în sala de operaţii; de asemenea, este şi pilot amator. Regretatul neurolog Oliver Sacks a scris despre un baterist de jazz care raporta că tulburarea Tourette de care suferea îi întărea performanţele muzicale, prin

impregnarea cu energie. într-adevăr, unii au susţinut că tulburarea Tourette ar putea fi mai mult o binecuvântare decât un blestem, poate în parte pentru că această afecţiune îi forţează pe oameni să înveţe abilităţi de

control al impulsurilor, pe care puţini dintre noi le ating. Această idee este interesantă, dar este nesustinută ştiinţific. Chris Jackson,

jucător de baschet în NBA, care şi-a schimbat numele în Mahmoud

Abdul-Rauf, a zis că sindromul Tourette l-a ajutat să se concentreze cu precizia unei raze laser în timpul aruncărilor. De două ori a fost campion al Ligii la numărul de aruncări libere; în timpul unei singure partide de joc,

în 1993, a marcat optzeci şi una de aruncări libere consecutive.

Speranţe pentru suferinzii de Tourette

Nu este cunoscută o cură anume

pentru tulburarea Tourette, dar există câteva opţiuni de tratament. S-a constatat în studii că unele medicamente, precum Haldol (denumire generică: haloperidol) şi Orap (denumire

generică: pimozidă), care blochează acţiunea neurotransmiţătorului dopamină, sunt eficace în reducerea frecventei si intensităţii ticurilor.

Alte medicamente promiţătoare sunt clonidina, care este şi un

medicament pentru presiunea sangvină, respectiv toxina botulinică, mai bine cunoscută cu numele de Botox. Clonidina inhibă mesagerul chimic norepinefrină, despre care unii cercetători susţin că este implicat în tulburarea

Tourette. Desi mecanismele de acţiune ale Botoxului în tulburarea Tourette nu

sunt cunoscute, se pare că acesta acţionează prin blocarea proceselor corporale implicate în ticurile faciale sau de mişcare.

y

Unele dovezi preliminare sugerează că anumite terapii comportamentale, în special cele de schimbare a obişnuinţelor, pot fi de ajutor pentru tulburarea Tourette; nu se cunoaşte dacă o combinaţie între aceste tehnici

şi medicamente produce un beneficiu suplimentar. Schimbarea obişnuinţelor îi învaţă pe pacienţi să devină conştienţi de impulsurile premonitorii care preced ticurile şi să înveţe să practice acţiuni musculare incompatibile cu ticurile

lor. De exemplu, pacienţii care, în mod repetat, dau din braţ cu violenţă către alte persoane pot învăţa să-şi îndrepte braţul încet către capul lor, atingându-şi uşor părul. Nici această intervenţie şi nici alte metode nu sunt panacee,

dar îi pot ajuta pe unii pacienţi cu tulburare Tourette să-şi controleze mai bine simptomele deranjante.

Lecturi recomandate

Chowdhury, U. (2004), Tics and Tourette syndrome: A handbook for parents and Professionals, Londra: Jessica Kingsley Publishers.

Kushner, H.I. (1999), *A cursing brain? The histories of Tourette syndrome,* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Zinner, S.H. (2004), Tourette syndrome- much more than tics: Moving beyond misconceptions to a diagnosis, *Contemporary Pediatrics,* 21(8), 22-36.

---------*Domoleştc-ţi entuziasmul* ***(NT.).***

18

Copiii pot avea tulburare bipolară?

Imaginaţi-vă un băiat de opt ani, pe care îl vom numi Eric. Este iritabil si vorbeşte întruna. Incapabil să stea nemişcat şi să se concentreze, are rezultate slabe la şcoală. Cu toate acestea, el susţine că este unul dintre cei mai deştepţi copii din lume şi dă vina pentru

rezultatele şcolare slabe pe profesorii „oribili". Sunt perioade în care dispoziţia lui se modifică abrupt, trecând de la euforie la depresie şi apoi oscilând înapoi. Simptomele lui Eric îl califică pentru diagnosticul de tulburare bipolară, caracterizată prin episoade de manie în toată regula sau de forme mai slabe, numite hipomanie. Aceste stări de dispoziţie alternează de obicei cu perioade de depresie (vezi Caseta 18.1).

Până în jurul anului 1980, specialiştii în sănătate mentală considerau că la copii nu poate apărea tulburarea bipolară. Cu toate că puţini mai susţin încă această viziune, opinia general răspândită în comunitatea psihiatrică s-a schimbat dramatic în ultimii treizeci de ani, perioadă în care diagnosticarea acestei tulburări la copii a explodat. într-un studiu publicat în 2007, medicul psihiatru Carmen Moreno, care activa pe atunci la Spitalul General al Universităţii Gregorio Maranon din Madrid, şi colegii ei au descoperit o creştere de 40 de ori, în perioada cuprinsă între 1994 şi 2003, a numărului de consultaţii psihiatrice în care un pacient cu vârsta mai mică de nouăsprezece ani a primit diagnosticul de tulburare bipolară. Deja în 2003, cercetătorii au raportat că numărul consultaţiilor care au avut ca rezultat un diagnostic de tulburare bipolară la copii şi adolescenţi a crescut de la 25 din 100 000 de pacienţi, la 1 003 din 100 000, o rată aproape la fel de înaltă ca şi cea înregistrată la adulţi.

Lecturi recomandate

Aceste date au generat îngrijorarea larg răspândită că această afecţiune ar putea fi supradiagnosticată, ceea ce ar contribui probabil la administrarea unor tratamente medicale ineficiente si chiar dăunătoare. în

≥

acest capitol, discutăm controversele legate de diagnosticarea în exces a tulburării bipolare la copii şi despre tentativele recente de remediere a acestei situatii.

Caseta 18.1 Diagnosticarea tulburării bipolare

Indiferent dacă eşti copil sau adult, te poţi califica pentru diagnosticul de tulburare bipolară dacă manifeşti simptome de manie, o stare caracterizată prin dispoziţie euforică, expansivă sau iritabilă, de obicei alternând cu episoade de depresie majoră. în plus faţă de această schimbare de dispoziţie, un episod maniacal include trei sau mai multe dintre următoarele şapte caracteristici. (Cel puţin patru dintre aceste simptome trebuie să fie prezente, dacă dispoziţia maniacală este în principal una iritabilă.)

- Stimă de sine exagerată sau grandiozitate
- Nevoie scăzută de somn
- Tendinţa de a vorbi mult
- Fugă de idei
- Distractibilitate
- Agitaţie sau creşterea activităţilor direcţionate către un obiectiv, precum planificarea începerii unei noi afaceri

- Implicarea în activităţi plăcute, cu potenţial ridicat de a conduce la consecinţe neplăcute.

Povestea celor două manii

în 1980 Asociaţia Americană de Psihiatrie a
î
venit cu a treia ediţie, radical revizuită, a bibliei sale de diagnosticare, *Manualul diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale (DSM-III).* Această ediţie a folosit pentru prima dată termenul de „tulburare bipolară“ ca substitut pentru un termen anterior, „tulburarea maniaco-depresivă“. Diagnosticul necesita un episod maniacal diagnosticat, care să dureze cel puţin o săptămână, alternând de obicei cu perioade de depresie majoră, care se întind cel puţin pe două săptămâni. Simptomele trebuiau să fie suficient de severe pentru a interfera cu funcţionarea socială sau ocupaţională; la copii, acest criteriu se referea la periclitarea performanţelor şcolare.

în viziunea multor specialişti, unii copii chiar îndeplineau şi încă mai îndeplinesc aceste criterii. în 1994 însă, odată cu publicarea *DSM-IV,* a apărut o nouă categorie a tulburării bipolare. în această ediţie, boala este subdivizată între tulburarea bipolară I, în esenţă echivalentă cu versiunea din *DSM-III* a
y
acestei maladii, şi tulburarea bipolară II, care are criterii de diagnostic mai puţin stricte. Un pacient poate fi diagnosticat cu tulburare bipolară II dacă prezintă hipomanie, forma mai

puţin severă a maniei, în care episoadele maniacale pot fi mai scurte — patru zile în loc de o săptămână — şi care nu afectează funcţionarea persoanei. Descrierea acestei forme mai uşoare a tulburării a permis ca un număr mai mare de copii (dar şi de adulţi) să se califice pentru diagnosticul de tulburare bipolară.

Nu este o coincidenţă faptul că sporirea dramatică a numărului de cazuri de tulburare bipolară la copii a început după ce pe birourile psihiatrilor a ajuns *DSM-IV.* Mulţi critici şi-au exprimat îngrijorarea cu privire la faptul că extinderea criteriilor din acest *Manual* a dus la încadrarea eronată a multor copii ca având tulburare bipolară II, deşi aceştia aveau trăsături prea uşoare pentru a se califica pentru oricare tip de tulburare bipolară sau sufereau de tulburări cu totul diferite.

Diagnostic greşit, tratament greşit

într-adevăr, tulburarea bipolară II se suprapune în mod substanţial cu alte afecţiuni comune ale copilăriei. De exemplu, tulburarea de deficit de atenţie/hiperactivitate (ADHD) şi tulburarea bipolară sunt amândouă caracterizate prin distractibilitate, foială, nelinişte, episoade de activitate intensă şi vorbărie excesivă. De asemenea, tulburarea bipolară prezintă asemănări cu tulburarea de conduită şi cu tulburarea de comportament opoziţionist şi sfidător, care sunt asociate cu repetate

comportamente disruptive. Asemenea suprapuneri pot conduce la stabilirea unor diagnostice eronate.

Consecinţele diagnosticării eronate nu sunt lipsite de importanţă. Medicamentele stimulante, precum Ritalinul şi Adderallul, folosite de obicei în tratamentul ADHD, nu sunt doar ineficiente în cazul tulburării bipolare, ci şi pot să agraveze simptomele sau chiar să declanşeze episoade maniacale. în paralel, aceste medicamente pot produce efecte secundare, precum pierdere în greutate, insomnie si stare de nervozitate. Pe de altă parte, un copil cu ADHD care este greşit diagnosticat cu tulburare bipolară va primi de obicei unul sau mai multe medicamente, inclusiv litiu, anticonvulsive (precum Depakote sau Lamictal) sau antipsihotice atipice (Abilify, Zyprexa). Toate aceste medicamente sunt ineficiente în cazul tulburării de deficit/hiperactivitate şi pot produce efecte secundare, cum ar fi creşterea în greutate şi mişcări involuntare. Atunci când dozele administrate sunt prea mari, pot apărea unele probleme rare, dar mai grave precum convulsii (în cazul litiului).

Schimbări de dispoziţie

Pentru a reduce problemele legate de suprapunere şi de diagnosticarea excesivă, autorii *DSM-5* au adăugat o categorie denumită tulburare cu perturbare afectivă de tip disruptiv

Lecturi recomandate

(vezi „Redefining Mental Illness“, de Ferris Jabr, *Scientific American Mind,* mai/iunie 2012). Simptomele acestei condiţii includ frecvent accese colerice si stări de irascibilitate, furie sau tristeţe exagerată.

Această nouă categorie de tulburare oferă posibilitatea diagnosticării multor copii care sunt excluşi de la un diagnostic bipolar, dar care prezintă unele dintre simptomele specifice acestuia. Medicii speră ca, printr-un diagnostic mai precis, copiii încadraţi în cele două categorii ale tulburării bipolare, precum şi în această nouă categorie să primească un tratament mai potrivit şi, deci, mai bun.

în ciuda proliferării numărului de categorii diagnostice, unii copii (cei cu simptome precum cele ale lui Eric, de exemplu — vezi începutul acestui capitol) pot fi diagnosticaţi corect cu tulburare bipolară, folosind criterii stricte. Şi, indiferent cum ar fi diagnosticaţi, copiii care manifestă schimbări de dispoziţie patologice experimentează o suferinţă semnificativă şi au mare nevoie de o îngrijire adecvată.

Lecturi recomandate

Littrell, J. & Lyons, P. (2010), Pediatric bipolar disorder, part I: Is it related to classical bipolar?, *Children and Youth Services Review,* 32(7), 945-964.

Parens, E. & Johnston, J. (2010), Controversies concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder in children, *Child and Adolescent Psychiatry*

and Mental Health, 4.

Strakowski, S.M., DelBello, M.P. & Adler, C.M. (coord.), (2015), *Bipolar disorder in youth: Presentation, treatment, and neurobiology*, New York: Oxford University Press.

19

Cum îi reeducăm pe infractorii minori - ne purtăm cu mănuşi?

Mike S. (nu este numele lui real) avea treisprezece ani atunci când Scott Lilienfeld l-a întâlnit într-o secţie de psihiatrie unde lucra ca psiholog clinician rezident. Mike vorbea bine, era fermecător şi radia căldură afectivă. Totuşi, această impresie iniţială masca un adevăr tulburător. Timp de câţiva ani, Mike avusese probleme grave la şcoală pentru că minţea, copia şi îi ataca pe colegi. O ataca verbal pe mama lui, care locuia doar cu el. Mike tortura şi chiar omora pisici şi se lăuda că nu simte nicio vinovăţie în legătură cu aceste acţiuni. Până la urmă, în jurul anului 1985, fusese adus la

spital, după ce fusese prins încercând să escrocheze nişte muncitori de la calea ferată ca să îi dea dinamită, pe care intenţiona să o folosească pentru a arunca în aer şcoala.

Conform manualului standard de psihiatrie, *Manualul de diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale* (aflat acum la a V-a ediţie), diagnosticul lui Mike era unul de tulburare de conduită, condiţie marcată de tipare de comportament antisocial şi cu potenţial infracţional, ce apare în copilărie sau adolescentă.

Psihologii se luptă de multă vreme să găsească tratamentul adecvat pentru adolescenţii cu tulburare de conduită sau delincvenţă juvenilă, aşa cum este uneori numită această afecţiune atunci când ajunge în atenţia instanţelor de judecată. Dat fiind numărul anual de dosare de judecată de pe rolul instanţelor din SUA pentru minori (circa 1,2 milioane), aceste eforturi au o mare importanţă socială. Un set de abordări sunt cele de tipul „disciplinei de fier“, care îi expun pe delincvenţi la o disciplinare strictă şi încearcă să îi condiţioneze, prin înfricoşare, să nu mai comită infracţiuni pe viitor. Aceste eforturi sunt populare, în parte, pentru că satisfac apetitul firesc al publicului pentru lege si ordine. Totuşi, studiile ştiinţifice arată că aceste intervenţii sunt ineficiente şi chiar pot să aibă efecte contrare. Unele metode mai

bune de a genera transformări în cazul adolescenţilor care suferă de astfel de tulburări îi învaţă cum să adopte comportamente pozitive în loc să aplice pedepse pentru cele negative.

Ai ajuns in armata acum----

O tehnică de disciplinare este tabăra „militărească“, o soluţie pentru adolescenţii cu tulburări de comportament introdusă în anii 1980 în SUA. Modelate după taberele de instruire militară, aceste programe sunt în mod tipic supravegheate de un instructor şi durează între 3 şi 6 luni. Ele pun accent pe reguli stricte şi pedepse imediate (cum ar fi un număr mare de flotări) pentru nesupunere, în paralel cu un regim de muncă fizică şi exerciţii epuizante. Conform Institutului Naţional de Justitie, în 11 state funcţionau astfel de programe în anul 2009. într-adevăr, Mike S. a fost trimis într-un astfel de program de tabără după externarea din spitalul psihiatric.

Chiar şi aşa, cercetările au pus în evidenţă, în cele mai fericite cazuri, rezultate mixte ale acestor tabere. într-un studiu de sinteză din 2010, care a revizuit 69 de studii controlate, criminologii Benjamin Meade şi Benjamin Steiner, ambii lucrând la vremea respectivă la Universitatea Carolina de Sud, au dezvăluit că aceste programe produc în general puţine ameliorări sau niciuna în ceea ce priveşte recidiva infracţională. Din motive care rămân

neclare, unele tabere au redus ratele de delincventă, dar altele au dus la rate mai mari. Taberele „milităreşti“ care includ tratamente psihologice, precum consilierea pentru abuzul de substanţe sau psihoterapia, par ceva mai eficiente decât cele care nu oferă asemenea terapii, deşi numărul studiilor a fost unul prea mic pentru a putea trage o concluzie fermă.

O altă metodă este metoda „Scared Straight“ („Sperie-i ca să nu mai facă“), care a devenit populară în urma difuzării unui documentar premiat cu Oscar (*Scared Straight!)* şi filmat într-o închisoare de stat din New Jersey în 1978. De obicei, aceste programe îi aduc pe delincvenţi si alti adolescenţi cu risc crescut în închisori, pentru a interacţiona cu deţinuţii adulţi, care le vorbesc deschis despre realităţile dure ale vieţii din spatele gratiilor. Conştientizarea şocantă a adolescenţilor cu privire la viaţa în închisoare se presupune că îi descurajează în a-şi urma cariera infracţională. Totuşi, cercetările cu privire la aceste intervenţii nu sunt încurajatoare. într-o metaanaliză din 2003 (o revizuire cantitativă) cu privire la 9 studii controlate realizate pe programe de tip Scared Straight, cercetătorul în justiţie penală Anthony Petrosino, care acum activează la agenţia de cercetare WestEd, şi colegii săi au arătat că aceste tratamente au efectul opus, crescând mult şansele de comitere a unor fapte ilegale, cu 60 până la 70%.

Nu este cu nimic mai promiţător nici verdictul pentru alte intervenţii dure, cum sunt legile privind transferul la curtea penală pentru adulţi a adolescenţilor care comit infracţiuni grave. într-o sinteză din 2010, psihologul Richard Redding, de la Universitatea Chapman, a constatat rate de recidivă mai mari la adolescenţii infractori transferaţi la curtea de adulţi decât la cei netransferaţi.

Pericolele metodelor punitive

Psihologii nu ştiu sigur de ce tratamentele dure sunt ineficace şi potenţial dăunătoare, dar literatura de specialitate prezintă câteva indicii. Mai întâi cercetătorii au constatat de mult timp că strategiile bazate pe pedeapsă tind să fie mai puţin eficiente decât strategiile bazate pe recompensă în ceea ce priveşte schimbările comportamentale durabile, întrucât măsurile punitive îi învaţă pe oameni ce *să nu facă* mai degrabă decât ce *să facă.* în al doilea rând, studiile indică faptul că metodele terapeutice bazate pe confruntare intensă sunt rareori eficiente pe termen lung. De exemplu, într-un studiu controlat din 1993, psihologul William Miller, de la Universitatea New Mexico, şi colegii săi au constatat că acei consilieri care foloseau stiluri bazate pe confruntare cu alcoolicii problematici (de exemplu, consilierii începeau să îi certe până când aceştia îşi reduceau la minimum

problema cu alcoolul) aveau rate de succes sensibil mai mici decât consilierii care foloseau stiluri suportive, bazate pe empatie. în mod similar, o revizuire din 2010 — realizată de cercetătorul în drept penal Paul Klenowski, de la Universitatea Clarion, şi colaboratorii săi —, a constatat că programele antidelincvenţă care implică tactici bazate pe confruntare, cum ar fi a-i certa pe copii pentru comportamentele lor inadecvate, sunt mai puţin eficace decât programele care nu folosesc astfel de metode.

Mai mult, deseori adolescenţii cu tulburare de conduită intră în tratament furioşi si

y y

alienaţi, plini de resentimente faţă de autoritate. Programele dure pot alimenta aceste emoţii, maximizând înclinaţia adolescenţilor de a se revolta împotriva părinţilor şi profesorilor. în sfârşit, din neatenţie, unele programe le pot oferi chiar ele adolescenţilor modele de rol pentru comportamentul rău. De exemplu, unii dintre adolescenţii cu risc crescut expuşi la deţinuţii din programele Scared Straight îi pot percepe pe aceştia ca pe nişte personaje fascinante care merită să fie emulate.

Aceste rezultate arată că a le impune pur şi simplu o disciplină dură infractorilor tineri sau a-i speria este puţin probabil să îi ajute să îşi reprime comportamentele problematice. Dimpotrivă, adolescenţii trebuie să înveţe instrumente durabile care să-i ajute să evite agresivitatea pe viitor, iar aici includem

abilităţile sociale mai bune, modalităţile de comunicare cu părinţii si cu alti tineri si tehnicile de gestionare a furiei.

Există câteva intervenţii eficace care fac acest lucru, inclusiv terapia cognitiv-comportamentală, metodă care încearcă modificarea tiparelor de gândire şi a comportamentelor dezadaptative, precum şi terapia multisistemică, în care părinţii, şcoala şi comunitatea dezvoltă împreună programe pentru întărirea comportamentelor pozitive.

O altă metodă bine văzută, care tinteste ameliorarea comportamentului riscant la copiii mai mici de opt ani, este terapia centrată pe interacţiunea părinte-copil. Părinţii sunt învăţaţi de către terapeuţi, în timp real, cum să reacţioneze la comportamentul copilului, în aşa fel încât să întărească legătura părinte- copil şi să ofere stimulente pentru cooperare (Vezi „Behave!“ de Ingrid Wickelgren, *Scientific American Mind,* martie/aprilie 2014).

Datele negative obţinute cu privire la programele dure de reeducare ne reamintesc că ar trebui să fim atenţi la propriile noastre impresii subiective cu privire la strategiile care ni se par corecte sau despre care credem că ar trebui să funcţioneze. Cu toate că i-am pierdut urma lui Mike S., stim acum că un efort concertat de a-1 învăţa comportamente mai adaptative ar fi fost mai probabil să-l aducă pe un drum productiv decât ar fi făcut-o orice

încercare de a-l condiţiona prin frică.

Lecturi recomandate

McCord, J. (2003), Cures that harm: Unanticipated outcomes of crime prevention programs, *Annals of the American Academy of Politicaland Social Science* 587(1), 16-30.

Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C. & Buehler, J. (2003), Scared Straight and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency: A systematic review of the randomized experimental evidence, *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 589(1), 41-62.

******** engjez^ ***You're in the Army Now,*** **aluzie la un faimos hit din 1986 al formaţiei Status Quo. (*N.t.*)**

20

Divorţul este dăunător pentru copii?

Mulţi dintre cei 1,5 milioane de copii din Statele Unite, ai căror părinţi divorţează în fiecare an, simt că lumea li se prăbuşeşte. Părinţii care

divorţează se arată de obicei preocupaţi de starea de bine a copiilor lor pe perioada acestui proces dificil. Unii părinţi sunt atât de îngrijoraţi, încât rămân prinşi în căsnicii nefericite, crezând că astfel îşi vor proteja urmaşii de trauma divorţului.

Totuşi, părinţii care decid să se separe au motive de speranţă. Cercetătorii au constatat că doar un procent relativ mic dintre copii au parte de probleme grave după divorţ sau mai târziu, ca adulţi. în acest capitol, discutăm despre aceste descoperiri, precum şi despre factorii care îi pot proteja pe copii de eventualele efecte dăunătoare ale divorţului.

Revenirea rapidă

Divorţul îi afectează pe cei mai mulţi copii pe termen scurt, dar cercetările sugerează că ei îşi revin rapid după şocul iniţial. într-un studiu din 2002, psihologa E. Mavis Hetherington, de la Universitatea Virginia, şi studenta ei masterandă la acea vreme, Anne Mitchell Elmore, au descoperit faptul că mulţi copii suportă, pe termen scurt, efecte negative ale divorţului, în special anxietate, furie, şoc şi neîncredere. De obicei, aceste reacţii se diminuează sau dispar până la finalul celui deal doilea an după divorţ. Doar o mică parte dintre copii suferă mai mult timp.

Cei mai mulţi copii care trec prin divorţ se descurcă, deci, bine pe termen lung. într-o revizuire cantitativă a literaturii de specialitate din 2001, sociologul Paul R. Amato, care pe

atunci lucra la Universitatea de Stat Pennsylvania, a examinat efectele posibile asupra copiilor la câţiva ani după divorţul părinţilor. Studiile i-au comparat pe copiii cu părinţi căsătoriţi cu acei copii care trecuseră, la diverse vârste, prin divorţul părinţilor. Cercetătorii i-au urmărit pe aceşti copii până în copilăria târzie, pubertate sau anii adolescenţei, evaluându-le realizările şcolare, problemele emoţionale şi comportamentale, gradul de delincvenţă, concepţia despre sine şi relaţiile sociale. în medie, pe toate aceste dimensiuni, studiile au constatat doar diferenţe foarte mici între copiii părinţilor divorţaţi si cei din familii nedezmembrate, date care sugerează că vasta majoritate a copiilor suportă bine divorţul.

Cercetătorii au constatat în mod clar că nivelurile crescute de conflict între părinţi, în timpul şi după divorţ, sunt asociate cu o adaptare mai precară a copiilor. Efectele conflictului dinainte de separare însă pot fi contracarate în unele cazuri. într-un studiu din 1985, Hetherington şi asociaţii ei au raportat că unii copii expuşi la niveluri crescute de discordie maritală înainte de divorţ se adaptează mai bine decât copiii care au experienţe de acest tip, dar de nivel scăzut. Aparent, atunci când conflictul marital este unul mut, copiii sunt adesea nepregătiţi când li se spune despre divorţul care urmează. Ei sunt surprinşi, poate chiar îngroziţi, de această

veste. în plus, copiii din familiile în care au loc certuri mari pot percepe divorţul ca pe o eliberare binevenită de certurile părinţilor lor.

Luate laolaltă, constatările sugerează că doar un mic procent dintre copii are parte de probleme în legătură cu divorţul. Chiar şi aşa, cauzele acestor dificultăţi de durată rămân incerte. Unele probleme pot apărea din conflictele dintre părinţi asociate cu divorţul. Stresul situaţiei poate să ducă, de asemenea, la metode inadecvate de parenting. Divorţul contribuie în mod frecvent la depresie, anxietate sau abuz de substanţe la unul dintre părinţi sau la amândoi şi poate genera dificultăţi de păstrare a echilibrului între muncă şi creşterea copiilor. Aceste probleme pot afecta capacitatea unui părinte de a le oferi copiilor stabilitate şi iubire atunci când aceştia au cea mai mare nevoie de ele.

Probleme la vârsta adultă

Experienţa divorţului poate crea şi unele probleme care nu apar decât mai târziu, în anii adolescentei sau la maturitate. în anul 2000, *într-o carte intitulată Th Unexpected Legacy oj Divorce: A 25 YearLandmarkStudy [Neaşteptata* moştenire a divorţului: un studiu de referinţă pe 25 de ani], Judith Wallerstein, care lucra pe atunci la Universitatea California, Berkeley, şi colegii săi au prezentat studii de caz care sugerau că cei mai mulţi dintre adulţii care în copilărie au trecut prin experienţa divorţului

părinţilor au parte de probleme grave, precum depresia şi dificultăţile relaţionale.

Totuşi, cercetările ştiinţifice nu susţin ideea că aceste probleme ar fi prevalente la maturitate; dimpotrivă, demonstrează că cei mai mulţi copii ai căror părinţi divorţează devin adulţi bine adaptaţi. De exemplu, într-o carte din 2002, *For Better or For Worse: Divorce Reconsidered* [La bine şi la rău: divorţul reevaluat], Hetherington şi jurnalistul John Kelly, coautor al cărţii, descriu un studiu cu o durată de 25 de ani în care Hetherington a urmărit copii ai unor părinţi divorţaţi şi copii cu părinţi care au rămas împreună. Ea a constatat că 25% dintre adulţii ai căror părinţi divorţaseră experimentau tulburări sociale, emoţionale sau psihice grave, în comparaţie cu 10% dintre cei ai căror părinţi rămăseseră împreună. Aceste constatări sugerează că doar 15% dintre copiii adulţi trecuţi prin divorţ experimentează probleme psihice, în comparaţie cu cei din familii stabile. Nimeni nu stie dacă această diferenţă este cauzată de divorţul în sine sau de alte variabile, precum parentajul precar, care adesea însoţeşte disolutia unei căsnicii.

într-un articol de sinteză din 2003, psihologii Joan B. Kelly, din Corte Madera, California, şi Robert E. Emery, de la Universitatea Virginia, au conchis că relaţiile adulţilor ai căror părinţi au eşuat în căsnicie tind într-adevăr să fie

oarecum mai problematice decât cele ale copiilor din căsnicii stabile. De exemplu, oamenii ai căror părinţi s- au despărţit când ei erau mici experimentează dificultăţi mai mari în formarea şi păstrarea relaţiilor intime în tinerete, o insatisfacţie mai mare în căsnicie, o rată mai mare de divorţ, relaţii mai precare cu tatăl, care nu are custodia copiilor, în comparaţie cu adulţii proveniţi din căsnicii nedestrămate. Pe toate celelalte dimensiuni, diferentele dintre cele două grupuri sunt mici.

Revenirea la o viață normală

Dincolo de faptul că, în general, copiii cu părinţi divorţaţi sunt bine, eventualele lor problemele pot fi reduse de anumiţi factori. Copiii se adaptează mai bine dacă părinţii pot limita conflictul asociat cu procesul de divorţ sau dacă pot minimaliza expunerea copilului la conflict. Mai mult, copiii care trăiesc în custodia a cel puţin unui părinte cu o bună funcţionare se descurcă mai bine decât cei al căror părinte principal nu este bine. în această din urmă situaţie, părintele prost adaptat trebuie să primească ajutor psihologic sau să ia în calcul limitarea timpului pe care îl petrece cu copilul. Părinţii pot, de asemenea, să-şi susţină copiii în timpul acestei perioade dificile, vorbind cu ei clar despre divorţ şi despre implicaţiile acestuia şi răspunzându-le la întrebări cu deschidere.

Şi alte aspecte mai generale ale unui

parenting bun pot fi un tampon pentru a evita dificultăţile copiilor în urma divorţului. Părinţii trebuie să ofere susţinere caldă si emoţională, si trebuie să monitorizeze îndeaproape activităţile copiilor. De asemenea, e bine să instituie o disciplină care să nu fie nici extrem de permisivă, nici extrem de strictă. Alţi factori care contribuie la adaptarea copiilor includ stabilitatea economică postdivorţ şi susţinerea socială din partea colegilor şi prietenilor, dar şi a unor adulţi, precum profesorii.

în plus, anumite caracteristici ale copilului îi pot influenţa rezilienţa. Copiii cu un temperament mai liniştit tind să se descurce mai bine. De asemenea, stilurile de adaptare pot crea diferenţe. De exemplu, copiii care sunt buni la rezolvarea de probleme şi care caută sprijin social sunt mai rezilienţi decât cei evitanţi şi uşor de distras.

Vestea bună este că, desi divorţul este dificil şi adesea extrem de dureros pentru copii, daunele pe termen lung nu sunt inevitabile. Cei mai mulţi copii îşi revin şi trec peste această situaţie dificilă cu puţine cicatrici sau cu niciuna.

Lecturi recomandate

Amato, P.R. (2003), Reconciling divergent perspectives: Judith Wallerstein, quantitative family research, and children of divorce, *Family Relations*, 52(4), 332-339.

Lecturi recomandate

Ehrenberg, M., Regev, R. & Lazinski, M. (2014), Adjustment to divorce for children, în L. Grossman & S. Walfish (coord.), *Translating psychological research into practice* (pp. 1-9), New York, NY, Springer.

Hetherington, E.M. & Kelly, J. (2002), *For better or for worse: Divorce reconsidered,* New York: W.W. Norton.

Parte a alV-a

Dependenţele

Introducere

Consumul de alcool şi de droguri reprezintă o parte semnificativă a culturii noastre. Există până şi cântece dedicate diferitelor substanţe,

şi legale, şi ilegale, cum ar fi „Jack Daniels, If You Please“******** de David Allan Coe, „Illegal Smile“******** de John Prine, şi „Cocaine“ de Eric Clapton. în engleză, e chiar o faimoasă zicere: „I’d rather have a bottle in front of me than a frontal lobotomy“ — „Prefer să am în fată o sticlă de matoleală decât o lobotomie
≥
frontală“.

în 2005, sociologul Ronald C. Kessler, de la Universitatea Harvard, şi asociaţii săi au publicat rezultatele unui studiu epidemiologie la scară largă despre prevalenţa tulburărilor mentale în Statele Unite. Folosind criteriile *DSM-W* pentru ceea ce se numea la acea vreme „tulburări în legătură cu o substanţă“, cercetătorii au constatat că aproximativ 8,5% din populaţia Statelor Unite se confruntă la un moment dat în viaţă cu o problemă diagnosticabilă privind dependenţa de droguri sau de alcool, ceea ce face ca aceasta să fie cea mai prevalentă dintre toate tulburările mentale. Deşi abuzul de substanţe poate să producă plăcere pe termen scurt, consumul cronicizat şi compulsiv cauzează interferenţe serioase cu activităţi de viaţă importante, precum munca, relaţiile şi sănătatea mentală şi fizică.

înainte de publicarea *DSM-5,* categoria cea mai îndeaproape asociată cu adicţiile era cea a tulburărilor legate de o substanţă. *DSM-5* a lărgit această categorie, incluzând aici nu doar dependenţa de substanţe, dar şi dependenţele

comportamentale. Categoria a fost redenumită „tulburări legate de consumul de substanţe şi dependenţe“. în prezent, singura dependenţă comportamentală inclusă este jocul patologic de noroc, dar este posibil să fie adăugate, în cele din urmă, mai multe tulburări fără legătură cu abuzul de substanţe, cum ar fi dependenţa de sex.

Numeroase tratamente au fost încercate pentru persoanele cu tulburări legate de substanţe, multe dintre ele înregistrând succese considerabile. Două dintre cel mai larg studiate şi de ajutor abordări sunt terapiile cognitiv-comportamentale (TCC) şi interviul motivaţional (IM). TCC constă dintr-o varietate de tehnici asociate, care au ca obiectiv schimbarea gândurilor disfuncţionale şi a comportamentelor-problemă ce rezultă din acestea. IM are ca obiectiv principal creşterea motivaţiei pentru schimbare şi este adesea folosit în conjuncţie cu terapia cognitiv-comportamentală şi cu alte metode de tratament.

în ciuda progresului înregistrat în înţelegerea şi tratarea afecţiunilor adictive, rămân încă importante percepţii eronate de

clarificat. în această secţiune, ridicăm

î 7

următoarele întrebări despre unele credinţe din această arie.

- Este adevărat că un mare procent dintre persoanele care încearcă

Lecturi recomandate

marijuana devin dependente?

- Este marijuana o „poartă de intrare“ care duce la abuzul de substanţe mai periculoase?

- Este adevărat că un procent relativ mic dintre persoanele care încearcă să-şi rezolve singure problema cu băutura au succes?

- Expunerea excesivă la pornografie pe internet nu cauzează probleme?

- Programul Alcoolicii Anonimi este cel mai eficient tratament pentru alcoolism?
- Cât de eficiente sunt metodele folosite pentru a-i învăţa pe copii şi adolescenţi despre pericolele consumului de droguri? Cât ajută să le vorbim despre avantajele unui mod de viaţă lipsit de abuzul de substanţe şi despre abordarea „e de ajuns să spui nu“ când vine vorba despre consumul de droguri?

********* w . .
–*Un Jack Daniels, va rog*. (*N.L*)
--------*Zâmbet ilegal*, referire la drogurile recreaţionale.
(Mt.)

21

Adevărul despre „iarbă“

în filmul cult din 1936 *Reefer Madness* (Nebunia de canabis), nişte elevi de liceu bine adaptaţi care încearcă marijuana se cufundă brusc într-o viaţă de dependenţă, promiscuitate, agresivitate, eşec şcolar, omucidere şi boală mintală. Filmul conchide cu avertizarea rău- prevestitoare: „înspăimântătoarea marijuana poate ajunge aproape de fiul sau fiica ta... de ai tăi... sau de TINE!“ Titlurile ziarelor din acele zile reflectau sentimente similare. Pe 10 februarie 1938, un titlu din (*Daily News* titra, „Autorităţile avertizează împotriva răspândirii abuzului de marijuana — nebunie, degenerare şi violenţă, ca urmare a consumului de iarbă“.

Această poziţie cu privire la „iarbă“ pare una extremă. Totuşi, asa cum oamenii au renuntat de atunci la idee a că, în mod inevitabil, consumul de marijuana culminează cu distrugerea minţii, la fel au început şi să pună la îndoială concepţia că ea ar fi benignă. Unele

Lecturi recomandate

date sugerează că marijuana poate, în unele cazuri, să creeze dependenţă şi că poate genera şi alte probleme de sănătate, îndeosebi atunci când este consumată în cantităti foarte mari.

Acestea fiind zise, să reţinem că cei mai mulţi oameni nu suferă niciun efect malign de la o singură utilizare a drogului sau de la consumul ocazional.

Câţi devin dependenţi?

Marijuana, cunoscută şi sub numele de canabis, este substanţa ilegală cel mai larg consumată din lume, conform unui raport al Naţiunilor Unite din 2002. Consumul recreaţional este larg răspândit în Statele Unite şi consumul medical este în creştere. într-un studiu din 2007, psihologa Louisa Degenhardt, de la Universitatea de Stat Michigan, şi colegii săi au constatat că 43% dintre adulţii din Statele Unite cu vârsta de peste 18 ani au încercat marijuana cel puţin o dată. Mulţi adolescenţi sunt atraşi şi ei de drog. în general, în studiul „Monitorizarea viitorului“, aflat în desfăşurare, certătorii de la Universitatea Michigan au constatat că 14% dintre copiii de clasa a VlII-a au consumat marijuana cel puţin o dată în ultimul an, numărul crescând la 35% la cei de clasa a XH-a. Consumul de marijuana va creşte fără îndoială în viitorul apropiat, întrucât multe state federale deja o legalizează pentru uz medical, iar unele şi pentru consum

Lecturi recomandate ?

recreaţional. Si alte state ale SUA au în analiză legalizarea ei.

Dată fiind popularitatea în creştere a acestui drog, mulţi oameni sunt de ceva timp preocupaţi în legătură cu potenţialele pericole asociate, mai ales cu cel legat de potenţialul adictiv. O precizare: oamenii tind să folosească termenii „adicţie“ şi „dependenţă“ ca sinonime, deşi experţii în droguri preferă acum termenul „dependenţă“. în versiunea actuală a „bibliei“ sănătăţii mentale, *Manualul de diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale,* un diagnostic de dependenţă de canabis (un tip de dependenţă de substanţe) necesită ca persoana să îndeplinească două din unsprezece criterii (vezi Caseta 21.1).

Mai mulţi cercetători s-au ocupat de acest subiect şi au constatat că doar un procent relativ mic dintre cei care încearcă marijuana devin dependenţi. De exemplu, într-un sondaj la scară largă publicat în 1994, epidemiologul James Anthony, care lucra pe atunci la Institutul Naţional pentru Abuzul de Substanţe, şi colegii săi au întrebat mai mult de 8 000 de oameni cu vârste între 15 şi 64 de ani despre consumul de marijuana şi alte droguri. Cercetătorii au constatat că dintre cei care au încercat marijuana măcar odată, circa 9% se încadrează în diagnosticul de dependenţă de canabis. Cifra corespunzătoare pentru alcool a fost de 15%, pentru cocaină - 17%, heroină - 23 şi nicotină - 32%. Deci, cu toate că marijuana poate crea

dependenţă la unii, 91% dintre cei care o încearcă nu devin captivii acestui drog. De asemenea, marijuana este mai puţin adictivă decât multe alte substanţe legale şi ilegale.

Caseta 21.1 Tulburarea consumului de canabis

Această dependenţă e definită drept un tipar de consum problematic de canabis, apărut în decursul unei perioade de 12 luni, ce duce la disfuncţii semnificative sau suferinţă ce se

?)

manifestă prin două sau mai multe dintre următoarele caracteristici:

- O dorinţă puternică sau o poftă intensă de a consuma marijuana.
- Consumul de marijuana duce la eşecul îndeplinirii principalelor obligaţii de la locul de muncă, de la scoală sau de

  ⁷ **j**

  acasă.
- Consumul de marijuana este continuat în ciuda problemelor sociale legate de consum.
- Consum frecvent de marijuana în situatii cu risc de vătămare fizică.

J

Nevoia de a consuma mai mult drog, în timp, pentru a obţine aceleaşi efecte — fenomen cunoscut ca tolerantă.

Anxietate, probleme de somn sau experimentarea

altor simptome neplăcute la încercarea de a opri consumul de marijuana. Această reacţie este denumită sevraj.

Consum de drog în cantităţi mai mari sau pentru perioade mai lungi decât se intenţionează.

încercările de a reduce sau controla consumul de marijuana eşuează.

Mult timp cheltuit în încercările de a obţine drogul, de a-1 consuma sau de a-şi reveni după efectele lui.

Renunţarea la activităţi importante, precum munca, evenimentele sociale sau recreaţionale, pentru a consuma marijuana.

Consumul drogului continuă, în ciuda faptului că obiceiul face ca problema fizică sau psihologică să se agraveze.

Pericole posibile

O problemă intens dezbătută este dacă marijuana reprezintă o „poartă de acces“ către abuzul de alte substanţe mai periculoase. Multe studii au constatat că cei mai mulţi oameni care consumau alte droguri ilicite folosiseră, intr-adevăr, mai întâi marijuana. Cu toate că astfel de rezultate susţin ipoteza „porţii de acces“, ele nu arată în ce măsură consumul de marijuana cauzează realmente folosirea altor droguri. Cei care sunt atraşi de marijuana pot pur şi simplu să fie predispuşi la abuzul de substanţe în general, indiferent de expunerea lor la „iarbă“. în plus, deseori, indivizii fumează tutun sau beau alcool înainte de a se apuca de marijuana.

Să ne întrebăm şi în legătură cu nicotină şi alcoolul dacă nu sunt, şi ele, nişte „porţi de acces“?

Cercetătorii au demonstrat, de asemenea, că un consum *masiv* de marijuana poate duce la toleranţă crescută şi la simptome de sevraj atunci când se încearcă oprirea obiceiului. în plus, consumul masiv contribuie la apariţia unor probleme respiratorii şi cardiovasculare, precum şi la afectarea memoriei de scurtă durată. Marijuana poate declanşa, de asemenea, anumite tulburări, precum schizofrenia, în cazul persoanelor vulnerabile (vezi „A Mind in Danger“, de Victoria Costello, *Scientific American Mind,* februarie 2012, p. 30), deşi cercetătorii încă mai pun la îndoială dovezile privind acest aspect. în sfârşit, din cauză că marijuana este încă ilegală în multe state din SUA şi sub legea federală, oamenii care posedă sau vând marijuana se pot confrunta cu consecinţe legale.

Pe de altă parte, marijuana are avantaje semnificative pentru indivizii care suferă de anumite boli. La pacienţii cu glaucom, poate reduce presiunea oculară periculos de mare ce poate duce la pierderea vederii. în plus, „iarba“ poate oferi relaxare în durerea cronică, reduce greaţa şi senzaţia de vomă produse de chimioterapia pentru cancer şi poate limita pierderea severă în greutate produsă de SIDA şi de alte boli.

Atunci când o persoană chiar devine dependentă, câteva tipuri de psihoterapie o pot

ajută să scape de acest obicei. Unul dintre tipurile cele mai eficiente este o formă de terapie cognitiv-comportamentală (TCC) adaptată la cogniţiile celui dependent. Folosind TCC, terapeuţii îi învaţă pe pacienţi abilităţi practice de adaptare ( ) care duc la schimbarea comportamentului. De asemenea, ei încearcă să modifice gândurile care contribuie la adicţia unei persoane. Două tratamente mai rapide sunt Interviul Motivaţional şi, strâns legată de acesta, terapia de întărire a motivaţiei. Scopul acestor metode este întărirea dorinţei persoanei de a opri sau reduce consumul de „iarbă“.

Din păcate, ratele de recădere rămân înalte pentru toate psihoterapiile contra dependenţelor. într-un studiu publicat în 2003, psihologul Brent A. Moore, acum la Universitatea Yale, şi colegii săi au constatat că 41% dintre dependenţii de marijuana trataţi cu succes au suferit o recădere în următoarele 6 luni. Oamenii de stiintă caută modalităţi de a asigura o abstinenţă constantă, pe termen lung.

Publicul trebuie să conştientizeze care sunt adevărurile în legătură cu marijuana, astfel încât să poată ignora miturile legate de efectele drogului. Doar ştiind în ce situaţii marijuana reprezintă o ameninţare reală şi în ce situaţii riscul este minim, oamenii vor putea să evalueze corespunzător pericolele şi beneficiile. Atât politicile de sănătate, cât şi

cele sociale depind de acest lucru.

Lecturi recomandate

Anthony, J.C., Warner, L.A. & Kessler, R.C. (1994), Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey, *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2(3), 244-268.

Hill, K. (2015), Medical marijuana for treatment of chronic pain and other medical and psychiatric problems: A clinical review, *Journal of the American Medical Association, 313*, 2474-2483.

Roffman, R.J. & Stephens, R.S. (2006), Cannabis dependence: Its nature, consequences, and treatment, Cambridge: Cambridge University Press.

22

Alcoolicii Anonimi oare chiar funcţionează?

W

Alcoolicii Anonimi (AA) numără două milioane de membri care participă la circa 115 000 de grupuri în toată lumea, circa jumătate dintre ele aflându-se în Statele Unite. Cât de bine funcţionează? Antropologul William Madsen, care lucra la acea vreme de la Universitatea din California, Santa Barbara, a susţinut într-o carte din 1974 că are o rată de succes „aproape miraculoasă“, dar alti autori sunt mult mai sceptici. După revizuirea literaturii de specialitate, am constatat că o abordare de tipul Alcoolicilor Anonimi îi poate ajuta pe unii oameni să depăşească alcoolismul, în special dacă primesc şi o formă de asistenţă de specialitate, dar dovezile sunt departe de a fi convingătoare, în parte şi din cauza naturii programului.

Alcoolicii Anonimi a debutat la o întâlnire din 1935 din Akron, Ohio, între un afacerist pe nume Bill Wilson şi un medic, Bob Smith. „Bill W.“ şi „Dr. Bob“, cum sunt ei cunoscuţi acum, erau alcoolici. Wilson reuşise să rămână abstinent în mare măsură prin afilierea sa la o mişcare creştină. Smith a încetat să bea după ce l-a întâlnit pe Wilson, al cărui succes l-a inspirat. Decişi să îi ajute şi pe alţi băutori înrăiţi, cei doi bărbaţi au publicat la puţin timp ceea ce avea să fie cunoscută ca *Marea Carte,* care prezintă în detaliu filosofia, principiile şi metodele lor, inclusiv de-acum faimoşii doisprezece paşi (vezi Caseta 22.1). Cartea s-a chemat *Alcoholics Anonymous* şi a devenit şi denumirea organizaţiei care a crescut ulterior.

Lecturi recomandate

În cadrul programului Alcoolicilor Anonimi, membrii se întâlnesc în grupuri pentru a se ajuta unii pe alţii să atingă şi să-şi menţină abstinenta de la consumul de alcool.
j

întâlnirile, care sunt gratuite şi deschise pentru oricine se implică serios cu privire la oprirea consumului, pot include lecturi din *Marea Carte,* împărtăşirea poveştilor personale, celebrarea sobrietăţii membrilor, precum şi discutarea celor doisprezece paşi şi a unor teme legate de problema băutului în exces.

Caseta 22.1 Doisprezece paşi până la sobrietate?

La Alcoolicii Anonimi, membrii încearcă să se abţină de la consumul de alcool, parcurgând cei doisprezece paşi enumeraţi mai jos. Alternative seculare sunt automanagementul şi antrenamentul pentru recuperare (www.smartrecovery.org/), precum şi alte organizaţii seculare pentru sobrietate (de ex., în SUA: www.cfiwest.org/sos/index.htm).

1. Am admis că eram neputincioşi în fata alcoolului.
j
2. Am ajuns la credinţa că o Putere Superioară nouă înşine ne-ar putea reda sănătatea mentală.

3. Am hotărât să ne lăsăm voinţa si viata
j î 5
în grija unui Dumnezeu, aşa cum şi-L închipuia fiecare dintre noi.

4. Am făcut fără teamă un inventar moral

amănunţit al propriei persoane.

5. Le-am mărturisit lui Dumnezeu, nouă înşine si unei alte fiinţe umane natura exactă a greşelilor noastre.

6. Am consimţit fără rezerve ca Dumnezeu să ne scape de toate aceste defecte de caracter.

7. Cu umilinţă, I-am cerut să ne
? [7]
îndepărteze defectele.

8. Am întocmit o listă cu toate persoanele cărora le-am făcut necazuri şi am consimţit să reparăm aceste rele.

9. Ne-am reparat greşelile direct faţă de acele persoane, acolo unde a fost cu putinţă.

10. Ne-am continuat inventarul personal şi ne-am recunoscut greşelile de îndată ce ne-am dat seama de ele.

11. Am căutat, prin rugăciune şi meditaţie, să ne întărim contactul conştient cu Dumnezeu, cerându-i doar să ne arate voia Lui în ceea ce ne priveşte şi să ne dea puterea s-o împlinim.

12. După ce am trăit o trezire spirituală ca rezultat al acestor paşi, am încercat să transmitem acest mesaj şi altor alcoolici.

Lecturi recomandate

Sursa: Adaptat după pagina de internet AA România: https://alcooliciianonimi.ro/index.php/despre-aa/cei-12-pasi-aa.

Participanţii sunt încurajaţi să „exerseze“ programul de doisprezece paşi, pentru a integra deplin fiecare pas în viaţa lor, înainte de a trece la următorul.

Alcoolicii Anonimi tinteste mai mult decât

?)

problema consumului de alcool: membrii asociaţiei trebuie să-si corecteze *toate* defectele

) >

de caracter şi să adopte un nou mod de viaţă. Ei trebuie să îndeplinească aceste obiective dificile fără ajutorul unui specialist în sănătate mentală. Niciun terapeut, psiholog sau medic nu poate participa la întâlnirile Alcoolicilor Anonimi, dacă nu au şi ei probleme cu consumul abuziv de alcool.

„A“ de la abstinenţă

Cele mai multe studii de evaluare a eficacităţii programului Alcoolicii Anonimi nu sunt concludente; în mare parte, ele corelează durata participării cu succesul renunţării la consumul de alcool, dar nu arată dacă programul este cel care cauzează acest rezultat. Unele probleme izvorăsc din natura programului — de exemplu, faptul că ceea ce se întâmplă în cadrul întâlnirilor Alcoolicilor Anonimi poate varia considerabil. Mai mult,

circa 40% dintre membrii AA renunţă în primul an (deşi unii se reîntorc), crescând posibilitatea ca oamenii care rămân să fie cei care sunt si cei mai motivaţi să reuşească.

Cu toate acestea, rezultatele unei cercetări valid concepute, denumită Project meci şi publicată în 1997, sugerează că programul Alcoolicii Anonimi poate facilita tranziţia la sobrietate pentru mulţi alcoolici. în acest studiu, un grup de cercetători proeminenţi ai alcoolismului i-au alocat la întâmplare unui număr de peste 900 de alcoolici problematici unul dintre cele trei tratamente urmărite pe parcursul a 12 săptămâni. Primul tratament era bazat pe programul Alcoolicii Anonimi, denumit terapia de facilitare în doisprezece paşi, care include întâlniri cu un specialist care îi ajută pe pacienţi să parcurgă primii paşi dintre cei doisprezece şi care îi încurajează să participe la întâlnirile AA. Celelalte tratamente au fost terapia cognitiv-comportamentală, care formează abilităţi mai bune de adaptare *(coping)* în situaţii care în mod obişnuit declanşează recăderea, şi terapia de întărire motivaţională, concepută să crească dorinţa de a opri consumul de alcool.

Metoda bazată pe AA pare să funcţioneze şi chiar mai bine decât celelalte două terapii. în toate cele trei grupuri, participanţii au fost abstinenţi în 20% din zile, în medie, înainte ca tratamentul să înceapă, iar proporţia de zile fără alcool a crescut la circa 80% la un an după

terminarea tratamentului. Mai mult, 19% dintre aceşti subiecţi au renunţat complet la consum pe întreaga perioadă de 12 luni de urmărire. Deoarece studiul nu a avut un grup de indivizi care să nu primească deloc tratament (un grup de control), nu putem afirma că aceste metode sunt superioare celei de a-i lăsa pe oameni să înceteze ei singuri să mai bea.

Alte cercetări sugerează că programul AA chiar este mai bun decât să nu primeşti niciun ajutor. în 2006, psihologul Rudolf H. Moos, de la Departamentul Afacerilor pentru Veterani şi Universitatea Stanford, împreună cu Bernice S. Moos au publicat rezultatele unui studiu de 16 ani pe mai mulţi alcoolici problematici care au încercat să renunţe singuri sau care au căutat ajutor, fie la Alcoolicii Anonimi, fie la terapeuţi specializaţi, fie în ambele părţi. Dintre cei care au participat cel puţin 27 de săptămâni la întâlniri ale AA în primul an, 67% erau abstinenţi la evaluarea ulterioară de după 16 ani, în comparaţie cu 34% dintre cei care nu au participat la programul AA. Dintre subiecţii care au primit terapie în aceeaşi perioadă, 56% erau abstinenţi, faţă de cei 39% care nu au văzut un terapeut — o indicaţie că asistenţa unui specialist este, şi ea, benefică.

Totuşi, aceste descoperiri s-ar putea să nu se aplice tuturor alcoolicilor problematici sau tuturor programelor AA. întrucât acest studiu a fost unul „naturalist“ — adică o cercetare realizată pe oameni care şi-au ales ei singuri calea (şi nu ca parte a unui studiu) —,

cercetătorii nu au putut controla formatul precis al întâlnirilor sau al tratamentelor. Mai mult, ratele de abstinenţă raportate s-ar putea aplica doar celor cu probleme mai puţin severe legate de alcool, deoarece oamenii de ştiinţă au ales persoane care căutau ajutor pentru prima dată, excluzându-le pe cele care o mai făcuseră în trecut. Diferite studii au constatat că o combinaţie între tratamentul specializat şi programul AA duce la rezultate mai bune decât fiecare metodă luată separat.

0 combinaţie constructivă

Luate ca întreg, datele sugerează că, pentru mulţi dependenţi de alcool, AA este un program care poate fi de ajutor, în special în conjuncţie cu psihoterapia. Nu ştim însă dacă programul Alcoolicii Anonimi poate fi uneori şi dăunător. Atunci când un grup este foarte axat pe confruntare, de exemplu, alcoolicii pot deveni rezistenţi la schimbare (vezi capitolul 40, din acest volum). Cu toate acestea, în lumina dovezilor care susţin programul, a disponibilităţii întâlnirilor şi a lipsei costurilor, programul AA merită să fie luat în considerare de către mulţi alcoolici problematici.

Lecturi recomandate

Dodes, L. & Dodes, Z. (2015), *The sober truth: Debunking the bad Science behind programs and the rehabilitation industry,* ~~*Boston, MA, Beacon Press.*~~

Lecturi recomandate

Kaskutas, L.A. (2009), Alcoholics Anonymous effectiveness: Faith meets Science, *Journal of Addictive Diseases, 28(2),* 147-157.

Moos, R.H. & Moos, B.S. (2006), Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: A 16-year follow-up of initially untreated individuals, *Journal of Clinical Psychology,* 62(6), 735-750.

Project Match Research Group (1997), Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes, *Journal of Studies on Alcohol, 58,* 7-29.

Bill Wilson şi Bob Smith, fondatorii Alcoolicilor Anonimi, au scris „The Big Book“ [Marea Carte].

23

Vindecarea dependenţei doar prin forţele proprii

Să renunţ la fumat a fost cel mai uşor lucru pe care l-am făcut vreodată. Şi ştiu asta pentru că am făcut-o de o mie de ori.

Mark Twain

Samuel Clemens (Twain era pseudonimul său

literar) îşi lua peste picior incapacitatea de a renunţa la obiceiul său legat de nicotină. Dar, dacă ar fi avut la dispoziţie informaţiile aduse de cercetările recente, poate că a 1 001 oară chiar ar fi reuşit să se lase de fumat.

≥

în 1982, Stanley Schachter, un eminent psiholog social care pe atunci lucra la Universitatea Columbia, a dezlănţuit o furtună

7 *y*

de controverse în domeniul dependenţelor prin publicarea un articol în care arăta că cei mai mulţi foşti fumători şi oameni supraponderali pe care i-a intervievat se schimbaseră cu succes fără tratament. De asemenea, el cita un studiu care raporta rate chiar şi mai mari de recuperare fără tratament în rândul consumatorilor de heroină.

O descoperire deosebit de controversată a fost aceea că ratele de succes ale celor care se autoajutau erau în realitate *mai mari* decât cele ale pacienţilor care se supuneau unui tratament specializat. Schachter a propus două posibile explicaţii. Prima: cei care apelează la tratament ar putea fi mai grav dependenţi decât cei care se pot schimba doar prin forţele proprii (autoajutorare). A doua: studiile examinează în mod tipic o singură încercare de schimbare, în timp ce interviurile lui acopereau eforturile făcute pe durata întregii vieţi. Poate că e nevoie de multe încercări înainte ca persoana să reuşească, sugera el.

Descoperirile lui Schachter au fost primite cu

un intens scepticism, chiar cu neîncredere manifestă, îndeosebi de cei care cred în modelul medical al dependenţei. în această viziune, dependenţele sunt boli cauzate de factori fiziologici şi psihologici care se declanşează prin consumul de substanţă (droguri sau alcool); odată boala declanşată, dependentul nu îşi poate controla consumul de substanţă, iar abstinenţa completă este singura cale de a gestiona boala. Cei care propun acest model nu cred că există prea mulţi oameni care pot scăpa de aceste dependenţe, cu atât mai puţin în lipsa unui tratament. Alte critici au venit de la cercetătorii care au pus sub semnul întrebării valoarea ştiinţifică a muncii lui

î 5

Schachter, deoarece este bazată pe un eşantion mic şi selectiv şi pe autoraportarea comportamentelor din trecut, ceea ce deseori oferă o imagine distorsionată a ceea ce s-a întâmplat cu adevărat. Cu toate acestea, constatările lui au devenit un catalizator, încurajându-i pe mulţi cercetători să studieze această schimbare prin forţe proprii a comportamentelor de dependenţă. Să examinăm ce ne spun cercetările despre cât de larg răspândită este schimbarea prin simpla autoajutorare în problema consumului de alcool şi a dependenţei de substanţe.

Rate de succes

în 2007, psihologul Reginald Smart, de la

Centrul pentru Adicţii şi Sănătate Mentală din Toronto, a revizuit descoperirile cu privire la prevalenţa schimbării prin forţe proprii la consumatorii problematici de alcool. Din sinteza făcută de el şi din propria noastră lectură a literaturii de specialitate, am tras următoarele concluzii:

- Cei mai mulţi dintre cei care îşi rezolvă problema legată de consumul de alcool o fac fără niciun fel de tratament si chiar fără grupuri de autoajutorare.
- Un procent semnificativ dintre cei care se schimbă cu forţe proprii rămân abstinenţi pe perioade de peste 8 ani, arată unele evaluări ulterioare.
- Mulţi consumatori problematici de alcool pot să păstreze un tipar de consum nonproblematic.
- Cei care caută tratament au probleme mai grave legate de alcool şi suferă şi de alte probleme înrudite, în comparaţie cu cei care nu merg să se trateze.

Deşi există puţine studii cu privire la schimbarea prin forţe proprii (autoschimbare) legată de dependenţa de droguri, rezultatele oglindesc, de obicei, studiile legate de consumul problematic de alcool. Ca să rezumăm: schimbarea prin forţe proprii a comportamentelor de dependenţă de droguri

este o alegere mult mai comună pentru rezolvarea problemei decât este căutarea unui tratament de specialitate; un procent substanţial dintre cei care se schimbă singuri au succes (dar de obicei după multe încercări); un procent semnificativ dintre cei care au fost anterior dependenţi continuă să consume droguri ocazional, fără a reveni la vechiul nivel de dependentă si îsi menţin aceste schimbări destul de bine în timp; cei care caută tratament au de obicei probleme mai severe decât cei care nu merg la doctor sau psiholog.

Experienţele avute de veteranii din Războiul din Vietnam sunt deosebit de instructive. Sociologul Lee N. Robins, care la acea vreme lucra la Facultatea de Medicină a Universităţii Washington din St. Louis, şi asociaţii săi au publicat o serie de studii de referinţă, începând din 1974, cu privire la consumul de droguri şi recuperarea acestor veterani. Când s-au aflat în teatrele de operaţiuni, circa 20% dintre soldaţi au devenit dependenţi de narcotice. După lăsarea la vatră, în Statele Unite însă doar 12% dintre cei care au fost dependenţi în Vietnam au rămas dependenţi pe parcursul a 3 ani de urmărire. Mai puţin de 5% şi-au depăşit adicţia prin terapie. Alte constatări ale studiilor făcute de Robins sugerează că abstinenţa nu este necesară pentru recuperare. Deşi aproape jumătate dintre bărbaţii care erau dependenţi în Vietnam au încercat din nou narcotice după întoarcerea acasă, doar 6% au devenit din nou

dependenţi.

Rezultatele studiilor lui Robins sugerează forţa pe care o are auto ajutorarea în a scăpa de dependenţa de droguri, dar ele au fost şi ţinta multor critici. De exemplu, cei mai mulţi dintre bărbaţii care au devenit dependenţi în Vietnam nu avuseseră această problemă înainte de serviciul militar, ceea ce sugerează că ar putea fi nereprezentativi pentru populaţia generală a dependenţilor de droguri. Mai mult, consumul de droguri al acestor persoane se poate să fi fost determinat de stresul asociat cu serviciul militar în Vietnam, ceea ce a făcut să le fie uşor să se oprească atunci când s-au întors acasă. Această ultimă critică este infirmată de constatarea că cei mai mulţi dintre bărbaţii care au continuat să consume narcotice după demobilizare nu au devenit dependenţi şi de faptul că reîntoarcerea acasă a fost şi ea foarte dificilă, din cauza sentimentului larg răspândit în Statele Unite împotriva războiului.

Paşii următori

Avem nevoie de studii de cercetare mai multe şi mai bune cu privire la potenţialul schimbării prin forţe proprii în ce priveşte dependenţa de alcool şi de alte droguri. Studiile prezintă diferenţe în definirea unor termeni importanţi, precum „dependenţă“, „tratament“ şi „recuperare“. Autoraportarea privind comportamentul trecut şi perioadele relativ

scurte de urmărire (de evaluare ulterioară) sunt, şi ele, probleme de rezolvat. De asemenea, nu cunoaştem multe studii cu privire la schimbarea prin forţe proprii în cazul dependenţei de medicamente prescrise de medic. în sfârsit, trebuie să aflăm dacă recuperarea din dependenţa de un anumit drog duce la substituirea cu o altă dependenţă. Cel puţin un studiu a dezvăluit că mulţi dintre foştii dependenţi de droguri au devenit alcoolici înrăiţi. Din cauza acestor lipsuri ale cercetărilor de până acum, procentele pe care le-am raportat ar trebui considerate doar ca nişte estimări imprecise.

Deşi am găsit unele rezultate iniţiale încurajatoare în literatura de cercetare, impresia noastră este că mulţi specialişti în tratarea dependenţelor nu văd schimbarea prin forţe proprii ca fiind foarte eficace. Concluzia lor poate fi în mare corectă pentru acei alcoolici şi dependenţi de droguri la care sunt ei expuşi în mod tipic — cei care caută tratament.

însă generalizările făcute, pornind de la cei care caută tratament, la populaţia consumatorilor problematici de alcool şi a dependenţilor de droguri, luată ca întreg, pot fi incorecte din două motive. Mai întâi, cei care caută tratament au probleme mai grave decât ceilalţi; în al doilea rând, ei îi pot suprareprezenta pe cei care au eşuat în mod repetat în încercările lor de autoschimbare.

Putem afla multe de la oamenii care au reuşit

să-şi schimbe singuri comportamentele adictive. Indiferent ce fac ei, ceva fac bine. Pe lângă munca legată de consumatorii problematici de alcool şi droguri, încep să apară studii asupra schimbării prin forţe proprii şi în alte arii problematice, precum fumatul, obezitatea şi jocurile de noroc. O cunoaştere mai bună a auto schimbării şi a modului în care funcţionează această autoajutorare poate fi folosită pentru a-i sprijini pe oamenii care nu sunt în tratament să găsească modalităţi de renunţare la dependenţe şi pentru a întări eficacitatea programelor de tratament.

Lecturi recomandate

Klingemann, H. & Sobell, L.C. (2007), Promoting self-change from addictive behaviors: Practical implications for policy, prevention, and treatment, New York: Springer.

Klingemann, H., Sobell, M. & Sobell, L. (2010), Continuities and changes in selfchange research, *Addictions, 105,* 1510-1518.

Robins, L.N. (1993), Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: A fluke or normal expectation? *Addiction,* 88(8), 1041-1054.

Lecturi recomandate

24

Cât de dăunătoare este pornografia online?

Este posibil să faci sex cu un calculator? Ei bine, nu chiar, dar oamenii îşi pot folosi calculatoarele pentru a se angaja într-o varietate de activităti sexuale online, inclusiv

3 7

în găsirea de parteneri (atât virtuali, cât şi reali) şi în găsirea de resurse pentru obsesiile lor perverse.

Pornografia online este accesibilă, ieftină şi adesea anonimă, şi vizionarea ei a devenit o distracţie populară pentru timpul liber. Un sondaj în rândul studenţilor de colegiu, realizat în 2008 de către psihologa Chiara Sabina de la Penn State Harrisburg şi colegii ei, a constatat că mai mult de 90% dintre bărbaţi

3

şi 60% dintre femei au vizionat pornografie pe internet înainte de vârsta de 18 ani. într-un studiu separat, rata frecvenţei de consum a fost mai puţin de jumătate la subiecţii cu vârste între 40 şi 49 de ani, ceea ce sugerează că

consumul de pornografie pe internet poate să scadă odată cu vârsta, cu toate că statisticile pot reflecta diferenţe generaţionale ale folosirii calculatorului. Totodată, studiile indică si diferenţe de gen în ceea ce priveşte activităţile sexuale online: bărbaţii sunt mai înclinaţi să privească pornografie, în timp ce femeile sunt mai dispuse să participe la chat pe teme sexuale, ceea ce sugerează că ele preferă stimularea sexuală în contextul interacţiunii. Cei mai mulţi oameni care se uită la pornografie par să fie amatori ocazionali, iar un procent mic de utilizatori se răsfaţă excesiv cu conţinutul sexual online. în 1998, Alvin Cooper, pe atunci la Centrul Marital şi pentru Sexualitate din San Jose, California, si asociaţii săi au realizat un studiu online pe mai mult de 9 000 de oameni care au folosit internetül în scopuri sexuale. Ceva mai puţin de jumătate dintre respondenţi — cei mai mulţi dintre ei bărbaţi care erau căsătoriţi sau se aflau într-o relaţie serioasă — îsi dedicau o oră sau mai puţin pe săptămână. Un procent de 45 a raportat că se angajau în activităţi sexuale online între 1 şi 10 ore pe săptămână. Un procent de 8 folosea internetül pentru astfel de scopuri timp de 11 ore sau mai mult săptămânal, iar un procent mic, dar distinctiv de 0,5 a raportat mai mult de 70 de ore pe săptămână. Dovezi noi sugerează că acest

consum masiv poate fi asociat cu unele efecte dăunătoare asupra psihicului şi relaţiilor indivizilor. Unii experţi susţin că pornografia pe internet poate crea dependenţă, dar folosirea termenului în acest context este controversată.

Preţul consumului de pornografie

Cu toate că folosirea ocazională a paginilor de pornografie şi a altor activităţi sexuale online nu pare asociată cu probleme grave — cel puţin conform raportărilor utilizatorilor —, chiar şi slaba ei utilizare poate avea un efect negativ asupra partenerului sau partenerei de cuplu. Mai mult, consumul intens de pornografie, inclusiv în varianta pe internet, poate contribui la tensiuni în relaţie si la atitudini si comportamente agresive sexual faţă de femei.

Numeroase studii au constatat asocieri între cantitatea expunerii la pornografie şi atitudinile sexuale agresive, precum susţinerea sexului coercitiv şi a comportamentelor sexuale agresive — de pildă, ţinerea cu forţa la pământ a femeii. Aceste asocieri sunt mai puternice la bărbaţii care privesc pornografie violentă sau la cei care deja au tendinţa de a fi agresivi sexual.

Alte descoperiri au pus în legătură consumul frecvent de pornografie cu atitudini, precum blamarea victimelor agresiunii sexuale, justificarea acţiunilor prădătorilor sexuali şi desconsiderarea violentei violului. Adesea, preferinţa pentru pornografie însoţeşte insensibilitatea fată de femei, insatisfacţia

legată de performanţa sexuală şi aspectul fizic al partenerei, şi îndoiala legată de valoarea căsniciei. Astfel de atitudini sunt clar în detrimentul relaţiilor cu partenerele şi ne putem gândi că sunt legate şi de infracţiunile la adresa femeilor.

Dar ar trebui oare să tragem concluzia că aceste credinţe şi acţiuni misogine sunt cauzate de consumul de pornografie, aşa cum presupun
mulţi comentatori sociali? Cele mai multe
)
studii pur şi simplu arată o asociere statistică între consumul de pornografie şi astfel de trăsături. Ele nu dezvăluie dacă acestea iau naştere din consumul de pornografie. De exemplu, consumul intens de pornografie poate, într-adevăr, să cauzeze cruzime faţă de femei, dar cruzimea deja existentă faţă de femei poate, la fel de bine, să ducă la consumul de pornografie. Alternativ, un al treilea factor, cum ar fi problemele personale ale consumatorului, poate duce atât la consumul de pornografie, cât şi la cruzimea faţă de femei.

Cercetătorii le-au întrebat şi pe partenerele bărbaţilor mari consumatori de pornografie cum se simt ele în legătură cu obiceiurile partenerilor. Psihologa Ana Bridges, de la Universitatea Arkansas, şi colegii ei au constatat că, deşi cele mai multe femei au avut scoruri generale mici pe dimensiunea suferinţei provocate de consumul de pornografie al

partenerului, cele mai multe au subliniat si unele afirmaţii din chestionar care indicau prezenţa angoasei. De exemplu, 42% au fost de acord că obiceiul partenerului de a se uita la pornografie le face să se simtă nesigure, 39%, că obiceiul partenerului are un efect negativ asupra relaţiei, iar 32%, că le afectează în mod negativ activitatea sexuală, lăsând să se înţeleagă că obiceiul poate avea dezavantaje.

Dependenţi de pornografie?

Chiar dacă pornografia se dovedeşte primejdioasă atât pentru consumatori, cât şi, în unele cazuri, pentru partenerele lor, ea poate sau nu poate să creeze dependenţă. Oamenii de ştiinţă dezbat dacă „dependenţă“ este termenul potrivit pentru comportamentele excesive din cadrul jocurilor de noroc, cumpărăturilor, navigării pe internet, activităţilor sexuale si consumului de pornografie pe internet. Cei care sunt în favoarea recunoaşterii asa-numitelor „adictii comportamentale“ susţin că unele acţiuni nemoderate au caracteristici similare cu dependenţa de alcool şi de droguri. Acestea includ gratificaţiile excesive şi uzul continuat, în ciuda efectului negativ asupra consumatorului.

Scepticii contraargumentează însă arătând că, deşi oamenii se pot angaja în mod excesiv în unele activităti si uneori suferă consecinţe

distructive pentru viaţa lor, ei rareori dezvoltă o toleranţă sau simptome evidente de sevraj — două mărci ale dependenţelor. Unii critici, de asemenea, susţin că eticheta de „dependent" adaugă o stigmă care nu este necesară pentru aceste probleme. Alţii susţin că această descriere îi face pe oameni să nu se mai simtă responsabili de aceste comportamente problematice în plan social, care rămân, cel puţin parţial, sub controlul lor.

Cu toate că cercetătorii abia ce au început să exploreze posibilele dezavantaje ale consumului de pornografie în general şi de pornografie pe internet în particular, rezultatele multor studii asupra expunerii la pornografie sugerează că vizionarea acestor materiale poate uneori să fie dăunătoare. Ca rezultat, psihoterapeuţii trebuie să fie atenţi la aceste comportamente ale clienţilor lor, în special atunci când le afectează relaţiile romantice. O înţelegere mai bună a modului în care pornografia pe internet îi afectează pe bărbaţii şi femeile atrase de ea poate duce în cele din urmă la tratamente semnificative pentru cei în cazul cărora obiceiul consumului de pornografie îi afectează atât pe ei, cât şi pe apropiaţii lor.

Lecturi recomandate

Doring, N.M. (2009), The Intemet's impact on sexuality: A criticai review of 15 years of research, *Computers in Human Behavior,* 25(5), 1089-1101.

Malamuth, N.M., Addison, T. & Köss, M. (2000),

Pornography and sexual aggression: Are there reliable effects and can we understand them? *Annual Review of Sex Research, 11,* 26-91.

Weir, K. (2014), Is pornography addictive? *Monitoron Psychology, 45,* 46.

Young, K.S. (2008), Internet sex addiction: Risk factors, stages of development, and treatment, *American Behavioral Scientist,* 52(1), 21-37.

25

E de ajuns să spui „nu“?

„E de ajuns să spui «nu»“. în 1982, Prima-Doamnă a Statelor Unite, Nancy Reagan, a rostit aceste cuvinte, ca răspuns la întrebarea unei eleve care dorea să stie ce ar trebui să spună dacă cineva îi oferă droguri. Sugestia Primei-Doamne a devenit curând sloganul mişcării pentru prevenţia consumului de droguri în rândul adolescenţilor din anii 1980 şi ulterior. De atunci, şcolile din întreaga ţară au instituit programe menite să descurajeze consumul de alcool şi de droguri în rândul elevilor, cele mai multe, avându-i ca ţintă pe copiii de 10-11 ani şi

Lecturi recomandate

câteva fiind axate pe adolescenţi.

≥

Există un motiv serios de îngrijorare cu privire la abuzul de substanţe în rândul copiilor şi adolescenţilor. Un sondaj la scală mare realizat în Statele Unite în 2012 de către psihologul Lloyd D. Johnston şi colegii săi, de la Universitatea Michigan, a dezvăluit că nu mai puţin de 24% dintre elevii de clasa a XH-a s-au angajat în consum compulsiv de alcool (cinci sau mai multe băuturi cu o singură ocazie) în ultimele două săptămâni. Mai mult, 42% consumaseră cel puţin un pic de alcool în ultima lună, la fel ca 11% dintre elevii de clasa a VIII-a si 28% dintre elevii de clasa a X-a. în

J

plus, 1% dintre elevii de clasa a XII-a încercaseră metamfetamină şi aproape 3% consumaseră cocaină în ultimul an.

în încercarea de a reduce aceste cifre, programele de prevenire a abuzului de substanţe adesea îi educă pe şcolari cu privire la pericolele consumului de droguri, îi învaţă pe elevi abilităţi sociale pentru a rezista presiunii grupului şi îi ajută pe tineri să înţeleagă faptul că a spune „nu“ este un lucru acceptabil din punct de vedere social. La suprafaţă, toate aceste abordări par a fi de bun- simţ, astfel că realizatorii de politici, educatorii şi părinţii presupun că acestea funcţionează. Totuşi, se dovedeşte că metodele care presupun interacţiuni sociale funcţionează mai bine

y y

decât cele care pun accent pe educaţie.

Această descoperire poate explica motivul pentru care cel mai popular program de prevenţie s-a dovedit a fi ineficient — şi poate chiar a crescut abuzul de substanţe în rândul adolescenţilor.

Refuzul trebuie exersat

Cel mai promovat program nord-american de prevenţie a abuzului de substanţe la adolescenţi se cheamă Educaţia pentru Rezistenţa la Abuzul de Droguri, cunoscut şi prin acronimul D.A.R.E. . Creat m 1983 de Departamentul de Poliţie din Los Angeles, D.A.R.E. presupune ca poliţişti îmbrăcaţi în uniforme să meargă în şcoli pentru a-i avertiza pe elevi cu privire la pericolele consumului de droguri şi pentru a le aduce la cunoştinţă plusurile unui mod de viaţă lipsit de droguri. în cele mai multe cazuri, ofiţerii fac acest lucru o dată pe săptămână, timp de 45-60 de minute, pe parcursul mai multor luni. D.A.R.E. este un program extrem de popular; conform paginii de internet a programului, acesta a fost introdus în 75% dintre inspectoratele şcolare din Statele Unite şi în 52 de ţări. în multe comunităţi din Statele Unite, abtibildurile, tricourile şi maşinile de poliţie inscripţionate cu cuvântul D.A.R.E. au devenit accesorii obişnuite.

în ciuda acestei propagande gălăgioase, datele indică faptul că programul face prea

puţin sau nimic pentru a combate consumul de substanţe la tineri. O metaanaliză (o revizuire matematică) din 2009, realizată pe 20 de studii controlate de către statisticienii Wei Pan, care lucra atunci la Universitatea din Cincinnati, si

7 _y

Haiyan Bai, de la Universitatea Central Florida, a arătat că adolescenţii înscrisi în acest program prezintă aceeaşi probabilitate de a consuma droguri ca şi cei care nu au beneficiat de nicio intervenţie de acest tip.

Câteva indicii cu privire la deficienţele D.A.R.E. vin de la psihologa Pim Cuijpers de la Institutul de Sănătate Mentală şi Dependenţe din Utrecht. într-o sinteză a 30 de studii publicate în anul 2002, ea a încercat să identifice elementele comune pentru programele de succes. Cuijpers a arătat că cele mai eficiente programe presupun interacţiuni substanţiale între instructori si studenti. Ele îi

î > î

învaţă pe elevi abilităţi sociale de care au nevoie ca să refuze drogurile şi le oferă oportunităţi de a practica aceste abilităţi alături de alţi elevi — de exemplu, îi implică pe elevi în jocuri de rol axate pe conversaţii legate de droguri, în timp ce instructorii îi învaţă ce să zică şi ce să facă. De asemenea, programele care funcţionează iau în seamă

)

comportamentele normative: aceste programe îi conştientizează pe elevi cu privire la faptul că, în realitate, consumul de substanţe ilicite nu este atât de frecvent şi încearcă astfel să contracareze concepţia eronată că abstinenţa

de la droguri ar face din respectiva persoană un „ciudat“.

Aceste concluzii au fost fundamentate în anul 2011 de epidemiologa Melissa Stigler, de la Şcoala de Sănătate Publică de la Universitatea Texas, şi de colegii ei, într-o revizuire a studiilor privind programele de prevenţie a abuzului de substanţe. Studiul a observat, de asemenea, că programele care se desfăşoară în mai multe şedinţe — ideal, pe parcursul mai multor ani — obţin rezultate deosebit de eficiente, probabil pentru că le oferă elevilor lecţii care sunt repetate pe parcursul timpului, pe măsură ce copiii se maturizează şi se confruntă cu medii diferite.

Programului D.A.R.E. îi lipsesc unele dintre aceste elemente-cheie. în mod tipic, acesta durează doar câteva luni în loc de câţiva ani. Mai mult, le oferă elevilor puţine oportunităţi de a exersa cum să refuze o ofertă de a consuma droguri. într-adevăr, Cuijpers a observat că programele pur educaţionale, care presupun o angajare foarte mică sau nulă în interacţiuni sociale directe cu alţi elevi, sunt de obicei ineficiente. Este puţin probabil ca sfatul adresat participanţilor de a „spune doar «nu»“ drogurilor să producă efecte de durată, din cauză că multora le lipsesc abilităţile interpersonale necesare. Programele coordonate exclusiv de către adulţi, cu puţină implicare din partea studenţilor în concepţia şi implementarea lor — o altă trăsătură frecventă

a D.A.R.E. —, par a fi relativ lipsite de succes, aşa cum am spus, probabil din cauză că elevii nu exersează cum să le spună „nu“ altor copii.

Intenţiile bune se răzbună

Din păcate, ocazional, programele D.A.R.E. pot avea chiar efecte adverse din perspectiva consumului unor substanţe mai uşoare, precum alcoolul şi ţigările. într-o sinteză din 2002, psihologul Chudley Werch, acum preşedinte al Centrului Prevention PLUS Wellness din Jacksonville, Florida, şi profesoara în domeniul sănătăţii Deborah Owen, de la Universitatea din Florida de Nord, au raportat o uşoară tendinţă a adolescenţilor care au participat la D.A.R.E. de a fi mai înclinaţi către consumul de alcool şi de ţigări, în comparaţie cu adolescenţii care nu au fost expuşi la acest program. Uşoare efecte negative ale programelor de tip D.A.R.E. cu privire la consumul de alcool şi fumat au fost raportate şi într-un studiu din 2009, realizat de profesoara de sănătate publică Zili Sloboda, de la Universitatea Akron, şi de colegii ei. Motivele acestui potenţial efect de bumerang sunt neclare. Totuşi, punând accent pe pericolele abuzului de droguri puternice, D.A.R.E. ar putea, involuntar, să dea impresia că alcoolul şi tutunul sunt inofensive în comparaţie cu alte droguri.

Aceste descoperiri ştiinţifice contrastează puternic cu credinţa susţinută de păturile largi ale profesorilor şi părinţilor că D.A.R.E. chiar

funcţionează. Un motiv al acestei discrepanţe, spun psihologul clinician Donald R. Lynam, care acum activează la Universitatea Purdue, şi colegii săi într-un articol din 1999, este faptul că profesorii şi părinţii ar putea supraestima prevalenţa consumului de substanţe ilicite în rândul copiilor. în consecinţă, ei pot presupune un declin al consumului, atunci când elevii înscrişi în program se abţin de la alcool şi de la alte droguri. Dar această concluzie este eronată, căci şi copiii care nu au participat la programul de prevenţie a consumului de droguri prezintă niveluri de consum de droguri la fel de scăzute, dacă nu chiar mai scăzute. în plus, aşa cum observă Lynam şi colegii săi, D.A.R.E. pare să implice că cei mai mulţi dintre copiii expuşi la figuri de autoritate care îi avertizează că este periculos să consume droguri chiar vor lua în seamă aceste avertismente.

Vestea bună este că unii dintre promotorii programului D.A.R.E. au devenit mai atenţi la concluziile pesimiste ale acestor cercetări şi încorporează elemente care pot fi mai eficiente, precum jocul de roluri între colegi. Cercetările privind aceste programe ajustate ne vor arăta curând dacă influenţează, în măsură cât de mică, problema considerabilă a abuzului de substanţe în rândul adolescenţilor vulnerabili.

Lecturi recomandate

Lynam, D.R., Milich, R., Zimmerman, R., Novak, S.P., Logan, T.K., Martin, C., Clayton,

R. (1999), Project DARE: No effects at 10-year follow-up, *Journal of Consulting and Ginical Psychology,* 67(4), 590-593.

Tripodi, S.J., Bender, K., Litschge, C. & Vaughn, M.G. (2010), Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: A meta-analytic review, *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 164 (1), 85-91.*

7^7^

Acronimul provine de la: *Drug Abuse Resitance Education.* în limba engleză cuvântul *dare* înseamnă *a îndrăzni*. (*N.t.*)

Parte a a V-a

Tulburările de externalizare

Introducere

Lecturi recomandate

Problemele de externalizare au ca prime simptome comportamente impulsive şi uneori agresive îndreptate către exterior. Această categorie largă de afecţiuni include tulburarea de personalitate antisocială, tulburarea de conduită, pedofilia şi tulburarea explozivă intermitentă. Nu există o categorie formală a tulburărilor de externalizare în *DSM-5,* dar de obicei sintagma este folosită în psihopatologie, în special pentru tulburările copilului şi adolescentului.

Comportamentele analizate în această secţiune pot cauza probleme fizice şi legale grave atacatorilor şi daune fizice şi psihologice grave celor aflaţi „la primire“. Credinţele eronate în aceste arii pot împiedica dezvoltarea unor tratamente eficiente şi a unor politici sociale şi legale care să îi ajute pe indivizii afectaţi de aceste tulburări şi pe victimele lor. în această secţiune punem sub semnul întrebării câteva dintre credinţele legate de unele tulburări de externalizare. Aceste mituri se regăsesc în următoarele întrebări:

Majoritatea prădătorilor sexuali recidivează?

Cele mai multe dintre persoanele nervoase în trafic au probleme şi în alte arii ale vieţii lor?

Bărbaţii sunt aproape întotdeauna mai agresivi decât femeile?

26

Furia la volan

Ce este şi ce putem face?

Să ne gândim la următoarele ştiri care nu sună deloc bine:

- Un motociclist l-a ucis prin împuşcare pe şoferul unei maşini „pentru că mergea prea încet".

- Un grup mare de oameni bloca ieşirea din parcarea unui club de noapte. Un şofer care şi-a pierdut răbdarea tot aşteptând să treacă acel pâlc a intrat cu maşina direct în mulţime, rănind grav şapte oameni.
- Atunci când un şofer i-a tăiat calea lui Jack Nicholson, actorul a aşteptat până când ambele maşini s-au oprit la culoarea roşie a semaforului, a ieşit din maşină şi a lovit cu o crosă de golf parbrizul şi plafonul celeilalte maşini. Apoi actorul a revenit la maşina sa şi a plecat mai departe.

Desigur, *tu* nu ai face asemenea lucruri. Sau ai face? De fapt, ai putea reacţiona şi tu aşa, pentru că furia la volan este remarcabil de larg răspândită. Un sondaj arată că 34% dintre respondenţi au raportat că au comis acte generate de furie în trafic, în timp ce 41% au raportat că au fost victime ale unor astfel de acte. Aceste statistici ar putea fi chiar subestimări. Pe de o parte, mulţi respondenţi s-ar putea să nu vrea să recunoască faptul că sunt furioşi în trafic, pentru că furia este sociabil indezirabilă. De asemenea, statistic, avem mai mulţi oameni care raportează că au fost ţinte mai degrabă decât iniţiatori ai actelor de furie în trafic, ceea ce sugerează că unii iniţiatori s- ar putea să nu recunoască faptul că au
reacţionat cu mânie.

Psihologa Elisabeth Wells-Parker, de la Universitatea de Stat Mississippi, şi asociaţii săi au sugerat că termenul de „furie la volan" presupune incidente specifice de mânie şi agresivitate îndreptate cu intenţie împotriva altor şoferi, vehicule sau obiecte. Atunci când acest comportament erupe, prezenţa armelor de foc poate înrăutăţi situaţia. Aşa cum au arătat medicul Matthew Miller, de la Facultatea de Sănătate Publică Harvard, şi colegii săi, 11% dintr-un eşantion de 790 de şoferi selectaţi la întâmplare au raportat că au în maşină, întotdeauna sau uneori, un pistol (de obicei încărcat).

Cine sunt aceşti oameni?

Lecturi recomandate

Oricine poate fi susceptibil de reacţii furibunde în trafic. Furioşii de la volan sunt bărbaţi si femei, tineri şi bătrâni, bogaţi şi săraci, tulburaţi mental si sănătosi, oameni cu si fără probleme de furie generalizate şi membri ai tuturor etniilor. Unii se înfurie aproape de fiecare dată când conduc, în timp ce alţii se mânie mai rar. Cu toate că răzbunarea agresivă, precum atacul sau crima, caracterizează capătul extrem al spectrului acestor comportamente, cei mai mulţi dintre şoferii nervoşi prezintă reacţii mai puţin grave, precum insulte verbale, gesturi obscene, apăsarea claxonului, intrarea agresivă în faţa altor şoferi şi angajarea în urmărirea altor maşini.

Totuşi, cercetările indică unele trăsături comune ale persoanelor susceptibile de acte de agresivitate atunci când se află la volan. Oamenii cu tendinţe agresive în situaţii diverse, inclusiv în familie şi la serviciu, au o probabilitate crescută de furie la volan. Şoferii tineri sunt mai înclinaţi la astfel de comportamente decât şoferii mai înaintaţi în vârstă. Bărbaţii manifestă o predilecţie mai mare pentru furie, deşi recent femeile încep să îi ajungă din urmă. Mulţi dintre cei care se înfurie la volan sunt, de altfel, cetăţeni-model, cu succese în muncă şi în relaţii, şi respectaţi în comunităţile în care trăiesc.

De ce unii oameni se înfurie si devin chiar
Î
violenţi ca reacţie la comportamentul iritant al altor şoferi, dar nu şi alţii? Psihologul Jerry Deffenbacher, de la Universitatea de Stat Colorado, a formulat ipoteza că unii oameni au o trăsătură sau o predispoziţie către acest tip de comportament, care este stimulată de stilul de condus defectuos al altor şoferi. în multe
)
dintre studiile lui, savantul a constatat că cei care prezintă niveluri mai scăzute ale trăsăturii sunt mult mai puţin înclinaţi să reacţioneze cu furie când sunt la volan, chiar si atunci când sunt expuşi la aceiaşi factori declanşatori.

Alţi cercetători au încercat să descopere natura acestei trăsături şi au constatat, în studiile lor, că cei înclinaţi să se înfurie la
3 Î
volan prezintă una sau mai multe caracteristici, precum: agresivitate generală (care nu se limitează la şofat), niveluri crescute de stres, tendinte antisociale sau control scăzut al impulsurilor, toleranţă scăzută la frustrare etc. Cercetătorii au demonstrat, de asemenea, că cei furioşi la volan au o sensibilitate crescută la presupusele atacuri la adresa stimei lor de sine. De exemplu, în practica sa clinică, Hal Arkowitz, coautor al acestui volum, a constatat că persoanele cu probleme legate de furia la volan percep comportamentele agasante ale altor şoferi ca pe un semn de lipsă de respect şi ca pe o insultă personală mai degrabă decât să atribuie acele comportamente lipsei de atenţie

sau nesăbuinţei celorlalţi şoferi. Arkowitz a considerat că este util să-i ajute pe clienţii săi să înveţe că „nu este vorba despre ei“. De asemenea, s-a constatat că anumite probleme psihice corelează cu trăsătura de furie la volan, inclusiv tulburările de personalitate antisocială şi borderline, precum şi abuzul de alcool şi substanţe.

Se pare că persoanele furioase la volan reprezintă un grup foarte pestriţ de oameni. Ei pot avea doar unul sau mai multe dintre atributele descrise mai sus sau pot avea alte trăsături pe care încă nu le-am descoperit. Indiferent care sunt factorii declanşatori însă, cei care se înfurie la volan par să reacţioneze bine la terapii de diferite tipuri.

Prevenţie si tratament

Deşi cea mai bună opţiune este prevenţia, cercetările au arătat că şi tratamentul poate ii eficient. Deffenbacher a condus două experimente în care subiecţii primeau fie doar un antrenament pentru relaxare, fie antrenamentul pentru relaxare alături de alte terapii menite să modifice gândurile disfuncţionale ale subiecţilor cu privire la şofat. în general, subiecţii s-au simţit mai bine cu un tratament sau altul decât fără niciun tratament. Aceste studii au fost bine proiectate, dar trebuie să avem grijă la extrapolarea rezultatelor la populaţia mai largă, deoarece

toti subiectii erau studenti de facultate si, deci, nu reprezintă întreaga gamă de furioşi la volan.

Recent, psihologa Tara E. Galovski, de la Universitatea Missouri-St. Louis, şi colegii săi au evaluat o terapie de grup pentru furia la volan, adresată adulţilor care fie s-au înscris singuri în program, fie au fost trimişi de un judecător. Tratamentul consta în patru şedinţe de câte două ore săptămânal, care includeau educaţie cu privire la furia şi mânia la volan, asumarea faptului de a fi nervos în trafic, tehnici de relaxare, abilităţi de adaptare *(coping skills*) şi antrenamentul unor moduri diferite de a gândi situaţiile care declanşează furia şoferilor. Cei care au primit acest tratament s-au simtit mult mai bine decât cei care nu l-au primit şi şi-au redus comportamentul agresiv în medie cu peste 60%.

Pe lângă combaterea acestei probleme prin tratamente administrate individual, liderii politici pot face unele schimbări care să reducă furia la volan la nivelul societăţii largi. Sociologul Mark Asbridge, de la Universitatea Dalhousie din Halifax, si asociaţii săi au făcut unele recomandări interesante. Una dintre acestea constă în a aplica pedepse noi sau mai mari pentru furia la volan. Legea deja acoperă formele extreme, precum atacul şi conducerea periculoasă a unui autovehicul. Asbridge şi colegii săi sugerează că ar putea ii valoroasă

adoptarea pe scară mai largă a unei legi australiene care stipulează că şoferii nu au voie să conducă într-o manieră care să reprezinte pentru alţii o „ameninţare“, un risc de accidentare a unor persoane sau de provocare a unor daune materiale.

Alte propuneri sunt educaţia prin intermediul mass-media cu privire la furia la volan şi cum poate ii ea evitată, modificări la nivel social, precum reducerea congestiei în trafic şi promovarea transportului public, programe ale instanţelor de judecată pentru şoferii furioşi condamnaţi si modificarea încă

din proiectare a maşinilor, pentru a preveni folosirea excesivă a farurilor si a claxonului. Unele maşini au fost deja proiectate, astfel încât să fie prevenită apropierea excesivă de maşina din fată.

încheiem cu o scurtă povestioară. Hal Arkowitz obişnuia să conducă la serviciu pe o şosea pe marginea căreia era plasat vizibil un panou publicitar care făcea reclamă la o firmă de pompe funebre. Prezenta imaginea unei capele funerare, alături de câteva cuvinte simple, dar de efect: „Conduceţi cu atenţie, noi putem aştepta“. Sperăm că o mai mare conştientizare a furiei la volan si a

tratamentelor adecvate ne va ajuta să îi lăsăm pe cei din reclamă să ne aştepte multă vreme de-acum înainte.

Lecturi recomandate

Galovski, T. & Deffenbacher, J. (2014),

Road rage, în L. Grossman & S. Walfish (coord.), *Translating psychological research into practice* (pp. 469-475), New York: Springer.

Larson, J. & Rodriguez, C. (1999), *Road rage to road-wise,* New York: Tom Doherty Associates.

27

Prădătorii sexuali sunt sortiti să recidiveze

w

Sau nu?

Infracţiunile sexuale ne produc sentimente de repulsie şi de dezgust atât de puternice, încât probabil că nu surprinde pe nimeni faptul că lumea înţelege greşit natura acestor fapte. Publicul, ale cărui opinii sunt întărite de portretizările din media şi din cultura populară, crede că aproape întotdeauna infractorii sexuali vor repeta actele criminale şi că toate tratamentele pentru abuzatori sunt ineficiente. Adevărul nu este chiar aşa de categoric şi ne dă speranţă în anumite cazuri, înainte de lua în

Lecturi recomandate

discuţie aceste credinţe, avem nevoie de câteva noţiuni de bază. Cele mai comune două tipuri de infracţiuni sexuale sunt violul şi agresiunea sexuală a minorilor, dar mai există şi altele (vezi Caseta 27.1). în cele mai multe cazuri, victima, de obicei de gen feminin, îl cunoaşte pe făptaş, în general de gen masculin. După unele estimări, o treime sau mai mult dintre infractorii sexuali au vârste mai mici de optsprezece ani, unii având chiar si cinci ani. Oricum, cei mai mulţi abuzatori încep infracţiunile sexuale în adolescenţă. Dar ce ne spun cercetările despre credinţele populare privitoare la aceşti abuzatori?

Caseta 27.1 Categorii de infracţiuni sexuale

Există mai multe categorii de infracţiuni sexuale; descrierile legale precise ale tipurilor de infracţiuni sexuale pot varia de la o ţară la alta. Nu toate comportamentele sexuale neobişnuite sunt ilegale. De exemplu, în SUA, nicio lege nu interzice travestirea, care de obicei se referă la un bărbat heterosexual care se îmbracă în haine de femeie.

Infracţiunea	***Descrierea generală***
Viol	Act sexual cu un minor sau cu un adult în care acesta nu si-a dat consimţământul
Agresiune sexuală	Act de natură sexuală, săvârsit prin constrângere, între un adult si un minor care nu sunt rude
Incest	Act de natură sexuală între un adult si un minor care sunt rude
Exhibiţionism	Expunerea organelor genitale în fata unui străin care nu consimte
Voyeurism	Privirea altor persoane, fără stiinta lor, când fie sunt dezbrăcate, fie întretin relaţii sexuale

Frotteurism Atingere de natură sexuală a unei persoane fără ca aceasta să fie conştientă de natura acestui gest

Infractori recidivisti

Mai întâi ideea că recidiva (actul infracţional repetat) este inevitabilă în cazul prădătorilor sexuali trebuie revizuită. Cercetătoarea infracţiunilor sexuale Jill Levenson, de la Universitatea Lynn din Florida, şi colegii ei au constatat că o persoană obişnuită crede că 75% dintre infractorii sexuali vor repeta faptele comise. Această percepţie este concordantă cu portretizările din media, cum sunt cele din serialele de televiziune ca *Special Victims Unit,* în care infractorii sexuali sunt aproape întotdeauna portretizaţi ca nişte recidivisti cronici.

Dovezile sugerează altceva. Cercetătorii infracţiunilor sexuale R. Karl Hanson şi Kelly E. Morton- Bourgon, de la Departamentul de Siguranţă Publică din Canada, au realizat o metaanaliză la scară largă (o revizuire cantitativă) a ratelor de recidivă în rândul infractorilor sexuali adulţi. Ei au găsit o rată de 14% într-o perioadă medie de 5-6 ani. Ratele de recidivă au crescut pe măsură ce a fost extins intervalul studiat, atingând 24% după 15 ani. Aceste cifre sunt clar în discordantă cu

Î

aşteptările înfricoşate ale publicului.

De asemenea, contrar descrierilor din media, cei mai mulţi infractori nu se „specializează“ pe un anumit tip de infracţiune sexuală. Cei mai mulţi sunt „generalişti“, care se angajează într-o diversitate de infracţiuni sexuale, dar si în alte fapte ilegale, care nu sunt de natură sexuală. Hanson şi Morton-Bourgon au constatat că infractorii sexuali au o rată totală de recidivă (atât pentru infracţiuni sexuale, cât şi de alte tipuri de infracţiuni) de aproximativ 36% într-o perioadă de 5-6 ani. în plus, ratele de recidivă variază în funcţie de natura infracţiunii sexuale iniţiale. Rata de recidivă la

? Î

15 ani este de 13% pentru infractorii care comit incest, de 24% pentru violatori şi de 35% pentru agresori de băieţi.

Atunci când vrem să clarificăm faptul că ratele de recidivă sunt mai mici decât cele la care ne-am aştepta, trebuie să fim atenţi să nu simplificăm în mod exagerat. Cercetările privind recidiva sunt pe cât de dificile, pe atât de importante. De exemplu, deşi ratele medii ne spun care este procentul de infractori care recidivează o dată sau de mai multe ori, trebuie să conştientizăm, de asemenea, că există un subgrup care recidivează cu rate înspăimântător de înalte. în plus, există motive să credem că cifrele publicate subestimează ratele adevărate. Cele mai multe studii îi omit inevitabil pe infractorii care nu au fost detectati

si arestati sau ale căror victime nu au raportat infracţiunea. Mai mult, mulţi prădători sexuali încheie acorduri cu procuratura, obţinând pedepse pentru infracţiuni care nu au natură sexuală.

Totuşi, există si alte motive să credem că ratele de recidivă ar putea să nu fie chiar atât de diferite de cele constatate de cercetători. Cei care comit infracţiuni repetate prezintă un risc mai mare de a fi prinşi. Multe măsuri de siguranţă probabil că ajută lamenţinerea sub control a ratei de recidivă. Infractorii sexuali eliberaţi pe probaţiune sunt îndeaproape monitorizaţi, iar cei consideraţi cu risc mare de recidivă sunt înscrişi în registrul agresorilor sexuali. Aceste registre sunt distribuite organelor de poliţie. în sfârşit, pe infractorii sexuali cu risc mare, statele trebuie să-i identifice public conform legii. Departamentul de Justiţie din SUA coordonează o pagină pe internet (www.fbi.gov/hq/cid/cac/registry.htm), care permite oricui să caute identitatea şi localizarea infractorilor cunoscuţi.

Luând în considerare cercetările efectuate si limitele lor, credinţa generală privind ratele foarte ridicate de recidivă pare să fie incorectă, cu toate că acest verdict s-ar putea schimba în viitor.

Realităţile tratamentului

Dacă recidiva nu este atât de frecventă pe cât cred oamenii în general, să vedem acum ce crede lumea despre eşecul sau succesul unui tratament. Levenson şi colegii săi au descoperit că, în mod uimitor, 50% din public crede că tratamentul infractorilor sexuali este ineficient şi că nu îi va împiedica să recadă. Totuşi, unele studii au arătat că tratamentul poate reduce în mod semnificativ recidiva, atât în cazul infracţiunilor sexuale, cât si al celor de altă natură. Hanson şi colegii săi au realizat o metaanaliză cu privire la tratamente şi au constatat că 17% dintre subiecţii netratati au comis din nou infracţiuni, în timp ce doar 10% dintre cei tratati au făcut acest lucru.

Combinarea ratelor de recidivă pentru infracţiunile sexuale şi pentru agresiunile de altă natură a arătat că 51% dintre subiecţii netratati si 32% dintre cei tratati au comis din nou aceleaşi fapte.

Avantajul tratamentului faţă de lipsa lui nu pare să fie atât de mare; deoarece metaanalizele grupează laolaltă mai multe studii, ele pot masca faptul că unele dintre cercetările vizate au descoperit efecte destul de mari ale tratamentului, iar altele au constatat efecte mai mici sau deloc. Rezultatele acestei metaanalize sugerează, de asemenea, că facem probabil unele progrese. Studii mai recente arată beneficii semnificativ

mai mari ale tratamentelor, faţă de studiile mai vechi.

Cele mai multe intervenţii folosesc mai multe tratamente. Majoritatea include două componente: terapia cognitiv-comportamentală, care are ca scop să schimbe gândurile, comportamentele şi tiparele de excitare deviante, şi consilierea pentru prevenirea recăderilor, care are ca scop să îi înveţe pe infractorii sexuali cum să anticipeze şi să gestioneze problemele (cum ar fi sentimentele de furie sau de însingurare) care pot duce la comiterea din nou a unei infracţiuni.

Cu toate că dezvoltarea de tratamente pentru infractorii sexuali este încă în fază incipientă, studiile arată că terapia poate avea unele rezultate. Infractorii sexuali nu sunt toti sortiti să-şi repete faptele oribile, iar noi — prin acţiuni ale publicului general, ale liderilor politici şi legiuitorilor — putem încuraja această speranţă, susţinând în continuare cercetările cu privire la aceste terapii.

Lecturi recomandate

Barbaree, H.E. & Marshall, W.L. (2005), *juvenile sex offender* (ed. a 2-a), New York: Guilford Press.

Becker, J.V., Johnson, B.R. & Perkins, A. (2014), Paraphilic disorders, în R. Hales, S.C. Yudofsky, & L.W. Roberts (coord.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry* (ed.

a 6-a) (pp. 895-925), Arlington: American Psychiatric Association Publishing.

Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K.E. (2005), The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154-1163.

28

Bărbaţii reprezintă sexul mai agresiv?

Ideea că bărbaţii au fitilul mai scurt decât femeile a devenit un tabu în psihologie. Cu peste treizeci de ani în urmă, psihologele de la Universitatea Stanford, Eleanor Maccoby şi Carol Jacklin, au conchis într-o carte de referinţă că diferentele dintre sexe sunt
5 î
minime cu privire la cele mai multe dintre trăsăturile psihologice, dar sunt considerabile atunci când vorbim despre agresivitate. Această opinie a rezistat testului timpului.

Au avut dreptate Maccoby şi Jacklin?

Cercetări recente confirmă în mare afirmaţiile lor, dar arată că femeile pot fi la fel de agresive, chiar dacă într-un mod mai puţin periculos.

Barbati nebuni------

în 1995, regretatul psiholog David Lykken, de la Universitatea Minnesota, a scris că, dacă am i-am putea criogeniza în mod magic pe toţi băieţii şi bărbaţii cu vârste cuprinse între doisprezece şi douăzeci şi opt de ani, am tăia cu două treimi ratele infracţiunilor comise cu violenţă. Datele susţin experimentul de gândire al lui Lykken. în Statele Unite, rata infracţiunilor cu violentă la fete si femei cu vârsta de peste zece ani este de 1 din 56; cifra corespunzătoare pentru persoanele de sex masculin de aceleaşi vârste este de 1 din 9.

Bărbaţii comit aproape 90% dintre crimele din Statele Unite; de asemenea, ei comit mai multe omucideri decât femeile în toate ţările examinate de cercetători, conform unui raport din 1999, realizat de psihologa Anne Campbell, de la Universitatea Durham din Anglia.

într-adevăr, cercetătorii au descoperit date consistente conform cărora, în afară de activitatea infracţională, bărbaţii manifestă niveluri mai frecvente si mai extreme de agresivitate fizică, existând totuşi o excepţie: în certurile domestice, aşa cum vom vedea, datele sunt adesea răsturnate. într-o sinteză cantitativă (metaanaliză) din 2004, realizată pe 196 de studii, psihologul John Archer, de la

Universitatea Central Lancashire din Anglia, a constatat că bărbaţii sunt mai agresivi fizic (în proporţii diferite) decât femeile la orice vârstă, cu diferente maxime între vârstele de douăzeci si treizeci de ani. Această diferenţă între sexe a
> î
fost regăsită în toate cele zece ţări examinate de Archer, care au inclus Statele Unite, Finlanda, Spania, India, Japonia şi Noua Zeelandă. Interesantă a fost constatarea cercetătorilor că bărbaţii sunt mai agresivi fizic şi la nivelul gândurilor lor. în comparaţie cu femeile, bărbaţii au fantasme de omucidere mai frecvente şi mai durabile în timp, se gândesc mai des la punerea în act a răzbunării faţă de duşmanii lor şi relatează vise mai agresive fizic.



Figura 28.1 Sursa: Getty Images

Echilibrarea scorului

Totuşi, studiile arată că femeile sunt cel puţin la fel de înclinate ca bărbaţii să simtă furie si că ele se ceartă mult. în loc să-şi exprime emoţiile de furie cu ajutorul pumnilor, femeile tind să folosească ceea ce regretatul psiholog Nicki
Crick, activ pe atunci la Universitatea Illinois, a numit în 1995, „agresivitate relaţională“, o formă mai puţin evidentă, caracterizată prin manipularea socială în special a persoanelor de acelaşi sex. Popularizată de cărţi precum *Odd Girl Out: The Hidden Culturc of Aggrcssion in Girls* [Fata ciudată se dezvăluie. Cultura ascunsă a agresivităţii la fete], de Rachel Simmons (Harcourt, 2002), agresivitatea relaţională include răspândirea zvonurilor, bârfa, epatarea, datul ochilor peste cap, aplicarea „tratamentului tăcerii“ asupra celorlalţi, transmiterea de bileţele sau SMS-uri cu răutăţi pe la spatele rivalelor, excluderea celorlalţi de la reuniunile sociale, înţepăturile devalorizante la adresa înfăţişării rivalelor si alte atacuri ascunse derivate. Sexul asa-numit mai blând poate opta pentru astfel de tactici, întrucât fetele sunt învătate să nu-si arate

7 J

deschis ostilitatea şi pentru că relativa lor lipsă de forţă fizică face ca violenţa să pară o strategie mai puţin promiţătoare.

Dar fetele nu au pretenţii de exclusivitate în ceea ce priveşte agresivitatea relaţională. O metaanaliză din 2008, realizată de psihologul Noel Card, de la Universitatea Arizona, şi

colegii săi, sugerează că agresivitatea este la fel de des întâlnită atât la fete, cât şi la băieţi, pe parcursul copilăriei şi al adolescenţei. O altă cercetare sugerează că această absenţă a diferenţelor dintre sexe persistă şi la vârsta adultă.

Mai surprinzător este faptul că femeile sunt exact la fel de înclinate ca si bărbaţii să-si
j ? j
exprime ostilitatea — în acest caz fizic — în contextul unei relaţii romantice. Stereotipul popular este cel al abuzatorului domestic în chip de bărbat, care are obiceiul să-şi bată partenera. Totuşi, o cercetare făcută de Archer şi sociologul Murray Straus, de la Universitatea New Hampshire, pune sub semnul întrebării acest scenariu. Surprinzător, analizele lor demonstrează că bărbaţii şi femeile prezintă rate relativ egale de violenţă în relaţiile de cuplu; unele studii sugerează că ratele agresivităţii fizice ale femeilor sunt chiar ceva mai mari. Această aparentă egalitate nu este doar rezultatul faptului că femeile răspund la agresivitate; ea se verifică şi în cazurile în care altercaţiile sunt pornite de către femei. Totuşi, abuzul domestic în cadrul relaţiilor intime prezintă o ameninţare mai mare pentru femei decât pentru bărbaţi. Femeile suferă aproape până la două treimi din răniri, în mare din cauză că bărbaţii sunt mai puternici în medie decât femeile. în plus, femeile şi bărbaţii diferă în ceea ce priveşte gravitatea acţiunilor lor; femeile sunt mai înclinate să zgârie sau să-şi

plesnească partenerii, iar bărbaţii cel mai adesea le lovesc cu pumnul sau le sugrumă pe partenerele lor.

Să dăm vina pe biologie?

Până nu demult, cei mai mulţi dintre psihologi credeau că diferenţele de grad în ceea ce priveşte manifestarea agresivităţii fizice la bărbaţi şi la femei izvorăsc din întărirea socială a rolurilor de gen tradiţionale. Factorii sociali, fără îndoială, explică o parte dintre aceste diferenţe. Dar într-un studiu publicat în 2007, psihologul Raymond Baillargeon, de la Universitatea Montreal, şi colegii săi dezvăluie că, încă de la vârsta de 17 luni, 5% dintre băieţi şi doar 1% dintre fete se angajează în agresiuni fizice frecvente, precum lovitul cu piciorul şi muscatul. Mai mult, această diferenţă nu creste

între 17 şi 29 de luni, aşa cum ar fi de aşteptat dacă vinovate ar fi influenţele sociale, precum socializarea de către părinţi. Aceste constatări sugerează că există factori biologici, precum efectele testosteronului asupra funcţionării creierului, care contribuie la diferentele dintre

sexe în ceea ce priveşte comportamentul violent. Faptul că masculii sunt sexul mai beligerant practic la toate speciile de mamifere pe care le-au studiat biologii întăreşte această ipoteză.

Chiar şi singura excepţie de la această tendinţă — hiena cu pete — poate confirma regula. Hiena femelă, care este mai agresivă fizic decât varianta ei masculină, are niveluri

mai mari de testosteron decât cele identificate la masculi.

Lecturi recomandate

Archer, J. (2004), Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic Review, *Review of General Psychology, 8,* 291-322.

Bennett, S., Farrington, D.P. & Huesmann, L.R. (2005), Explaining gender differences in crime and violence: The importance of social cognitive skills, *Aggression and Violent Behavior, 10,* 263-288.

Crick, N.R., & Grotpeter, J.K. (1995), Relational aggression, gender, and social psychological adjustment, *Child Development,* 66(3), 710-722.

---------*Mad* Aien, în engleză, este o aluzie la titlul unui serial TV american dedicat vieţii competitive din lumea publicităţii. (1V.£.)

Partea a VI-a

Tulburările de personalitate

Introducere

DSM-5 defineşte tulburarea de personalitate ca pe un „tipar stabil de trăiri interioare şi comportamente care deviază marcant de la normele culturale ale mediului din care provine individul, care este rigid şi generalizat, debutează în adolescenţă sau la începutul perioadei adulte, este persistent şi conduce la disconfort sau disfunctie în domeniul social,[7] profesional etc.“. Cercetătorii au constatat că

aproximativ 10% din populaţie suferă de una sau mai multe astfel de tulburări.

în *DSM-5,* maniera în care sunt diagnosticate tulburările de personalitate prezintă doar mici modificări fată de *DSM-IV-TR.* Acest lucru a fost surprinzător pentru multă lume, deoarece acest grup de diagnostice era recunoscut ca având deficienţe serioase. Printre numeroasele probleme se numără gradul scăzut de precizie, suprapuneri considerabile între criterii şi utilizarea unui sistem categorial în locul unuia dimensional.

Această din urmă deficientă a fost una dintre principalele critici aduse perspectivei *DSM-5* cu privire la tulburările de personalitate. într-o viziune categorială, fie îndeplineşti criteriile, fie nu. Există un consens în domeniu cu privire la faptul că tulburările de personalitate sunt mai acurat descrise de un sistem dimensional.
Acest lucru înseamnă că trăsăturile de personalitate care compun aceste tulburări sunt pe un continuum ce se întinde de la niveluri normale la niveluri patologice extreme. De exemplu, cu toţii suntem suspiciosi si neîncrezători fată de ceilalţi uneori, ca să descoperim mai târziu că aceste sentimente sunt nefondate. Acest lucru ni se poate întâmpla ocazional şi atunci sentimentele asociate cu aceste gânduri sunt relativ slabe. Oamenii cu tulburare de personalitate paranoidă duc suspiciunea şi

neîncrederea la extrem. *DSM-5* descrie tulburarea de personalitate paranoidă ca un „tipar comportamental stabil şi pervaziv caracterizat prin suspiciune şi neîncredere generalizată faţă de ceilalţi, motivele acestora fiind interpretate ca răuvoitoare".

Versiunea dimensională reflectă realitatea faptului că toate caracteristicile de personalitate se înscriu pe un continuum.

Deseori avem totuşi nevoie să stim dacă unei

>)

persoane i se potriveşte sau nu diagnosticul uneia dintre categoriile de tulburări de personalitate. Un sistem dimensional nu ne spune cum să determinăm punctele de limită dintre un nivel normal şi unul patologic al unei trăsături. în practică, adesea, companiile de asigurări le cer terapeuţilor un diagnostic, pentru a deconta tratamentul pacientului. Din acest motiv sistemul categorial este practic o necesitate.

DSM-5 include o secţiune cu privire la modelul alternativ propus pentru diagnosticul tulburării de personalitate. Acesta este un sistem propus pentru a fi luat în considerare de ediţia viitoare a *DSM.* Este un sistem hibrid care oferă informaţii diagnostice atât categoriale, cât şi dimensionale. De asemenea, probabil că în viitor se vor schimba categoriile de tulburări de personalitate, în principal pe baza descoperirilor din cercetare, şi mai puţin pe baza „speculaţiilor din fotoliu", care au condus la tipurile actuale de tulburări de

personalitate.

În această secţiune, vom examina ideile eronate cu privire la câteva dintre actualele diagnostice de personalitate: tulburările de personalitate narcisică şi borderline, precum şi o categorie care nu este în *DSM,* în ciuda faptului că mulţi consideră că ar trebui să fie: psihopatia.

Deşi psihopatia nu este inclusă în *DSM* ca tulburare de personalitate, ea are toate caracteristicile care definesc această clasă. În schimb, *DSM* descrie tulburarea de personalitate antisocială, care are unele suprapuneri cu psihopatia. Tulburările de personalitate antisociale se centrează pe un tipar pervaziv de comportamente care indică dezinteresul pentru ceilalţi şi violarea drepturilor altora. Constructul psihopatiei include comportamentele deviante, dar şi unele stiluri emoţionale (de exemplu, lipsa de remuşcare sau empatie) şi interpersonale (manipularea). În această secţiune, vom pune, de asemenea, sub semnul întrebării validitatea câtorva dintre credinţele larg răspândite cu privire la psihopaţi. Întrebările asupra cărora ne oprim aici sunt:

- Poate fi utilă o doză mică de narcisism? Oamenii cu tulburare de personalitate narcisică sunt adesea priviţi negativ ca nişte agresori egoişti. În capitolul 29, ne punem întrebarea

dacă narcisismul poate avea şi aspecte pozitive.

- Cei diagnosticaţi cu tulburări de personalitate borderline sunt lipsiţi de speranţă, destinaţi unei vieţi de suferinţă emoţională şi incapabili să atingă vreun succes în viaţă? Pot oamenii care suferă de această tulburare să fie tratati cu succes?
- Toţi psihopaţii sunt violenţi şi psihotici?
- Este psihopatia netratabilă?

29

O doză de narcisism poate fi utilă

Narcisismul a căpătat de multă vreme un prost renume. Reputaţia lui negativă datează cel puţin de pe vremea mitologiei antice, pe când frumosul vânător Narcis (care fără îndoială s-ar bucura să stie cât de mare îi este faima în ziua de astăzi) şi-a descoperit propria reflexie într-un ochi de apă şi s-a îndrăgostit de ea. în 1914, Sigmund Freud a asemănat narcisismul cu o

perversiune sexuală, în care atracţia romantică este îndreptată exclusiv către propriul sine. Perspectivele contemporane nu sunt deloc mai flatante. Introduceţi cuvintele „narcisistii sunt“ pe Google şi cele mai populare patru cuvinte care completează fraza vor fi: „proşti“, „răi“, „agresivi“ şi „egoişti“.

în 2008, psihologul Jean M. Twenge, de la Universitatea de Stat San Diego, şi colegii săi au constatat că în ultimele patru decenii au crescut scorurile pentru narcisism în rândul studenţilor de facultate din Statele Unite. Cu toate că datele sunt controversate, aceşti oameni de ştiinţă susţin că trăim într-o cultură tot mai narcisistă.

Parţial, oprobriul aruncat asupra narcisiştilor este, desigur, binemeritat. Totuşi, cercetările descriu o imagine mai nuanţată. Cu toate că narcisiştii pot fi dificili şi uneori nesuferiţi, ei pot fi şi lideri şi performeri eficienţi. Mai mult, din cauză că, în realitate, cu toţii avem cel puţin câteva trăsături narcisice, putem afla câte ceva şi despre noi înşine dacă îi înţelegem pe ei.

Aviz narcisiştilor!

Psihologii conceptualizează narcisismul ca pe o centrare exagerată pe sine. Desigur, putem să fim cu toţii un pic centraţi pe sine uneori, dar pentru narcisişti şinele este o preocupare primordială. în laborator, psihologii măsoară

adesea narcisismul folosind Inventarul Personalităţii Narcisice. Pentru a răspunde la acest chestionar, indivizii aleg câte o afirmaţie dintr-o pereche, precum „Prefer să mă amestec în mulţime/îmi place să fiu în centrul atenţiei“ sau „Nu sunt nici mai bun, nici mai rău decât mulţi oameni/Cred că sunt o persoană specială“. Scorul obţinut reflectă cât de narcisică este persoana respectivă.

Unii dintre itemii testului reflectă un adevăr valabil încă de pe vremea grecilor: narcisiştii sunt obsedaţi de înfăţişarea lor. în 2008 psihologa de la Universitatea Washington, Simine Vazire, şi colegii ei au constatat că astfel de indivizi tind să poarte haine scumpe şi să petreacă mult timp dichisindu-se. Datele confirmă, de asemenea, că persoanelor narcisice le place să vorbească despre sine.

în 1988, psihologii Robert Raskin, de la Universitatea California, Berkeley, şi Robert Shaw, de la Universitatea Yale, au constatat, că în monologurile înregistrate, studenţii narcisici erau semnificativ mai înclinaţi decât alti studenti să folosească cuvântul „eu“ si mai puţin înclinaţi să folosească cuvântul „noi“.

în forme extreme, narcisismul poate deveni patologic. în cea mai recentă ediţie a bibliei psihiatriei, *Manualul de diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale,* tulburarea de personalitate narcisică (TPN) este marcată de un sentiment exagerat al importanţei de sine, de fantezii nerealiste de succes şi de invidie

intensă fată de realizările altora. Persoanele cu tulburare de personalitate narcisică sunt, de asemenea, convinse că merită un tratament special. De exemplu, ele se pot înfuria că trebuie să aştepte la rând la restaurant în spatele altor oameni „mai mărunţi“.

Dovezi tot mai numeroase sugerează că diagnosticul de TPN este, de fapt, un amestec de două soiuri diferite. Narcisismul grandios este forma flamboaiantă, fanfaronardă, care probabil îi caracterizează atât pe liderii maligni — precum Benito Mussolini şi Saddam Hussein —, cât şi pe mult-veneratele figuri istorice, precum Generalul George S. Patton. Varietatea „vulnerabilă“ a TPN, mai puţin cunoscută, de preocupare exagerată de sine, îi caracterizează pe indivizii mai rezervaţi, mai fragili, care se pot asemăna cu personajele şterse şi hipersensibile portretizate de Woody Allen în filmele sale.

Nimeni nu stie cu adevărat ce cauzează preocuparea intensă faţă de sine pe care o manifestă narcisiştii. O ipoteză consideră că aceştia compensează stima de sine scăzută, devenind egocentrici. Dar această ipoteză îndrăzneaţă are o susţinere ştiinţifică slabă; o altă teorie sugerează că numai narcisiştilor vulnerabili le lipseşte sentimentul valorii de sine.

Oglinda are două feţe

De obicei, narcisicii fac ravagii în jurul lor în viaţa de zi cu zi. într-un studiu publicat în 2004, psihologul W. Keith Campbell, de la Universitatea Georgia, şi colegii săi au arătat că narcisismul este legat de luarea de decizii supraîncrezătoare, dar grăbite, cum ar fi implicarea în jocuri de pariuri riscante; iar alte studii anterioare ale echipei lui Campbell au legat narcisismul de infidelitate. Narcisiştii sunt, de asemenea, înclinaţi spre agresivitate, în special ca urmare a insultelor, aşa cum a arătat un studiu din 1998. Brad J. Bushman, activ acum la Universitatea de Stat Ohio, şi Roy F. Baumeister, în prezent la Universitatea de Stat din Florida, au raportat că studenţii narcisici sunt mai înclinaţi decât alţii să se răzbune, prin explozii puternice gălăgioase, împotriva altor „subiecţi“ (o echipă de experimentatori) care le desfiinţează eseul pe care îl scriseseră. Feedbackul negativ, argumentează autorii, este o ameninţare la adresa orgoliului narcisiştilor.

Această tulburare clinică poate genera chiar şi daune mai mari. în 2002, psihologul Paul Nestor, de la Universitatea Massachusetts, Boston, a constatat că indivizii cu trăsături marcate de TPN prezintă risc de violenţă şi de tulburare de personalitate antisocială, o condiţie asociată cu infracţiunile si alte acte iresponsabile. De asemenea, din disperarea pe care o simt persoanele foarte narcisice, atunci

când alţii încetează să le mai observe, rezultă şi comportamente autodistructive. într-un studiu din anul 2009, o echipă condusă de psihologul Aaron L. Pincus, de la Universitatea de Stat Pennsylvania, a asociat trăsăturile de narcisism patologic cu tentativele de suicid. Narcisiştii vulnerabili prezintă un risc particular de a-şi face rău singuri. Date din 2011 sugerează că narcisismul vulnerabil, dar nu şi cel grandios este legat de gândirea suicidară, autodistructivitate şi suferinţă emoţională.

Totuşi, narcisismul poate fi o sabie cu două tăişuri. O cercetare din 2009 condusă de psihologa Amy B. Brunell, de la Universitatea de Stat Ohio din Newark, a constatat că indivizii narcisici se evidenţiază rapid ca lideri în discuţiile de grup, iar într-un grup de studenţi înscrişi în programe de licenţă la managementul afacerilor, narcisiştii aveau tendinţa de a ocupa poziţii de top. Aceste rezultate concordă cu un studiu anterior, în care psihologul Ronald J. Deluga, de la Universitatea Bryant, le-a cerut unor experţi prezidenţiali să clasifice şefii de stat ai SUA pe o scală a narcisismului. Preşedinţii consideraţi mai narcisici au fost clasificaţi de un grup independent de istorici ca fiind deosebit de eficienţi, charismatici şi creativi. Trăsătura de narcisism prezentă la un lider poate uneori să îi îndepărteze pe potenţialii suporteri. Psihologul Timothy A. Judge, de la Universitatea Florida, şi colaboratorii săi au constatat că studenţii

narcisici de la
programele de management tind să se perceapă pe ei înşişi ca fiind lideri mai buni, dar alţii îi judecă drept mai slabi.

Avantajele narcisiştilor se extind totuşi dincolo de calităţile de lider. într-un studiu publicat în 2011, psihologul Peter D. Harms, de la Universitatea Nebraska-Lincoln, şi colegii săi au arătat că indivizii narcisici excelează la interviurile de angajare simulate, în parte pentru că au talent la autopromovare. Aceste descoperiri ar putea coincide cu rezultatele din 2006 ale cercetătorilor de la Universitatea California de Sud, care au constatat că scorurile pentru narcisism ale celebrităţilor le depăşesc pe cele ale populaţiei generale.

Nu se cunoaşte niciun remediu eficace pentru narcisism, în niciuna dintre cele două forme. Totuşi, recunoaşterea faptului că aceşti oameni extrem de centraţi pe sine sunt probabil diferiţi de noi mai degrabă ca grad, şi nu ca natură ne poate ajuta să avem mai multă empatie pentru ei. Dacă un narcisist te tratează rău, iată o strategie de gestionare a situaţiei: găseşte un mod de a fi asertiv cu el şi de a-i linişti în acelaşi timp orgoliul sensibil.

Cu toate că autopromovarea exagerată a narcisistului grandios poate fi periculoasă, această centrare pe sine în doze moderate poate fi avantajoasă atunci când vorbim despre succesul profesional şi calităţile de lider. în această privinţă, am putea avea ceva de

învăţat de la cei care se pun pe ei înşişi în centrul universului.

Lecturi recomandate

~~Campbell, W.K., & Miller, J.D. (coord.) (2011),~~ *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments,* ~~Hoboken: John Wiley & Sons.~~

30

Adevărul despre personalitatea borderline

în iunie 2011 renumita Marsha M. Linehan, psiholog clinician la Universitatea din Washington, a făcut o mărturisire izbitoare. Recunoscută pentru munca ei de pionierat cu privire la tulburarea de personalitate borderline (TPB), o condiţie psihiatrică severă si netratabilă, Linehan, în vârstă de şaizeci si opt de ani, a anunţat că în adolescenţă fusese spitalizată pentru TPB. Suicidară şi

autodistructivă, adolescenta Linhan se tăia în mod repetat pe membre cu cuţite şi cu alte obiecte ascuţite şi se lovea violent cu capul de pereţii spitalului. Foaia de externare din 1963 o descria ca „unul dintre cei mai tulburaţi pacienţi din spital“. Totuşi, în ciuda unei a doua spitalizări, starea lui Linehan s-a ameliorat în cele din urmă si ea si-a luat diploma de doctorat la Universitatea[3] Loyola[3] din Chicago, în 1971.

Mulţi psihologi şi psihiatri au fost şocaţi de dezvăluirea curajoasă a lui Linehan, comentată pe larg într-un articol din *New York Times.* în parte, surpriza lor izvora aproape sigur dintr-un adevăr inconfortabil: oamenii cu TPB sunt adesea consideraţi ca lipsiţi de speranţă, destinaţi unei vieţi pline de suferinţă. De asemenea, în mod frecvent sunt văzuţi ca fiind atât de tulburaţi, încât nu ar putea obţine niciun succes în viaţa lor. Ca o consecinţă, indivizii cu realizări deosebite, precum Linhan, nu se potrivesc tiparului stereotipic al unui fost suferind de TPB.

Dar, aşa cum sugerează cazul lui Linehan, o mare parte din pesimismul şi stigmatul intens din jurul acestei tulburări este nejustificată, într-adevăr, puţine sunt tulburările psihologice mai greşit caracterizate sau mai puţin înţelese decât aceasta.

Graniţe neclare

Psihologul newyorkez Adolf Stern a consacrat termenul „borderline“******** în 1938, considerând că această condiţie se[3] află la „graniţa“ dintre nevroză şi psihoză. Termenul este unul impropriu, întrucât tulburarea de personalitate borderline are prea puţin legătură cu cele mai multe dintre tulburările psihotice. Este posibil ca această denumire să fi perpetuat o impresie eronată larg răspândită, conform căreia tulburarea ar afecta persoanele aflate la marginea psihozei, persoane care în cel mai bun caz au un contact slab cu realitatea. Deloc surprinzător, concepţia populară despre tulburarea de personalitate borderline descrisă de filme, precum lung metrajul din 1987 *Fatal Attraction* (cu actriţa Glenn Close în rolul unei femei care suferă de această condiţie), este că aceşti indivizi acţionează adesea în moduri bizare si violente.

O eroare comisă de unii clinicieni este să presupună că pacienţii care nu răspund bine la tratament sau sunt rezistenţi la sugestiile terapeuţilor sunt adesea pacienţi „borderline“. Unii specialişti în sănătate mentală chiar par să ataşeze în mod obişnuit eticheta de

Î Î

„borderline“ practic oricărui client foarte dificil de gestionat. Aşa cum observa psihiatrul George Vaillant de la Universitatea Harvard într-un articol din 1992, diagnosticul de TPB adesea reflectă reacţiile frustrate ale clinicienilor faţă de pacienţii dificili.

în realitate, diagnosticul de TPB este aplicabil unui subgrup specific de indivizi, care sunt instabili emoţional şi interpersonal. Pe drept cuvânt, Linehan a susţinut că o denumire mai bună a acestei condiţii ar fi aceea de „tulburare de dereglare emoţională“. Viaţa de zi cu zi a indivizilor cu TPB este în mare parte un carusel emoţional. Stările lor de dispoziţie deviază deseori sălbatic de la normal la trist sau la ostil, la cea mai mică provocare. Aşa cum a indicat Linehan într-un interviu din 2009 pentru revista *Time,* „indivizii borderline sunt echivalentul pacienţilor cu arsuri de gradul trei. Pur şi simplu nu au, ca să zicem aşa, o piele emoţională“. Percepţia lor despre alţi

oameni este inconstantă si adesea oscilează

)

între adoraţia faţă de partenerii romantici într-o zi si detestarea lor în ziua următoare.

)

Identitatea lor este la fel de instabilă; acestor pacienţi le lipseşte un sentiment clar despre cine sunt ei. Şi controlul impulsurilor este slab; sunt înclinaţi către manifestări explozive de furie fată de alţii si fată de ei însisi. (Pentru mai

3 3 3) 3 3 V

multe informaţii despre simptomele, cauzele şi tratamentul tulburării de personalitate borderline, vedeţi „When Passion Is the Enemy“********, de Molly Knight Raskin, în *Scientific American Mind,* iulie/august 2010.)

Presupunerea că aproape toţi indivizii care se taie sunt borderline (precum cei care îşi fac tăieturi pe încheieturile mâinilor) alimentează şi

mai mult stigmatul ataşat TPB. De fapt, într- un studiu din 2006 realizat pe 89 de adolescenţi spitalizaţi, care prezentau comportamente de tăiere şi forme asociate de autovătămare nonsuicidară, psihologul de la Harvard, Matthew Nock, şi colegii săi au constatat că 48% nu îndeplineau criteriile de diagnostic pentru TPB. Cea mai mare parte dintre aceşti indivizi manifestau alte tulburări

3

de personalitate, cum ar fi tulburarea de personalitate evitantă, asociată cu frica pronunţată de respingere.

De borderline nu mai scapi niciodată?

Două mituri înrudite despre TPB spun că cei care suferă de această condiţie nu prezintă niciun fel de ameliorări în timp şi că, în esenţă, această afecţiune este netratabilă. Totuşi, mai multe studii indică faptul că există mulţi pacienţi cu TPB care nu mai prezintă diagnosticul după câţiva ani. într-o cercetare din 2006, psihologii C. Emily Durbin şi Daniel N. Klein, ambii lucrând atunci la Universitatea Stony Brook, au constatat că, deşi 16% dintr-un număr de 142 de adulţi cu tulburări psihiatrice îndeplineau iniţial criteriile pentru TPB, doar 7% dintre ei le mai îndeplineau şi după un deceniu. Mai mult, nivelurile medii ale simptomelor TPB prezente la acest eşantion au scăzut semnificativ în timp. Studiile

psihologului Timothy J. Trull şi ale colegilor săi de la Universitatea Missouri-Columbia sugerează în mod similar că mulţi tineri care prezintă unele trăsături de TPB nu mai prezintă aceste trăsături şi după o perioadă de doar doi ani, ceea ce indică faptul că adesea semnele timpurii de TPB dispar.

TPB nu este uşor de tratat. Totuşi, Linehan a arătat că o intervenţie pe care ea o numeşte „terapie dialectic-comportamentală“ (DBT — *Dialectic Behavioral Therapy)* este de ajutor într-o măsură modestă pentru mulţi dintre cei care suferă de această condiţie. DBT îi încurajează pe clienţi să-şi accepte emoţiile dureroase, conştientizând că sunt bolnavi si că au nevoie de ajutor. îi învaţă pe pacienţi abilităţi specifice de adaptare, precum mindfulnessul (observarea propriilor gânduri şi sentimente fără judecată), tolerarea suferinţei şi gestionarea emoţiilor negative. Studiile controlate, revizuite de psihologul de la Universitatea Duke, Thomas R. Lynch, şi de colegii săi, în anul 2007, arată că DBT reduce întrucâtva comportamentele suicidare şi auto distructive ale pacienţilor. Lynch şi colaboratorii săi au descoperit, de asemenea, că acest tip de terapie poate diminua sentimentele de disperare şi alte simptome de depresie. Totuşi, DBT nu este un panaceu şi nu există dovezi clare că poate stabiliza identitatea sau relaţiile interpersonale ale pacienţilor. Unele date

preliminare, dar promiţătoare sugerează că anumite medicamente, inclusiv stabilizatori de dispoziţie precum Valporate, pot ameliora instabilitatea interpersonală şi emoţională ce caracterizează tulburarea de personalitate borderline, conform unui studiu de sinteză din 2010 realizat de psihiatrul Klaus Lieb de la Centrul Medical Universitar din Mainz, Germania, şi colegii săi.

O continuă provocare

Nu toţi pacienţii cu tulburare de personalitate borderline (TPB) au o evoluţie bună (nici singuri, nici cu tratament), dar chiar şi cei care o au, de obicei, îşi continuă lupta cu demonii instabilităţii emoţionale şi interpersonale. Cu toate acestea, viziunile negative extreme cu privire la această afecţiune sunt nemeritate, la fel ca şi etichetarea eronată a unei largi serii de populaţii psihiatrice ca fiind borderline. De asemenea, nu poate fi negat faptul că mulţi clinicieni trebuie să devină mai judicioşi în utilizarea etichetei de TPB şi să evite lipirea ei practic pe orice pacient care i se opune sau care nu răspunde la tratament.

Din fericire, există loc pentru un optimism precaut. Aşa cum observa psihiatrul Len Sperry, de la Universitatea Barry, într-o cercetare de revizuire din 2003, TPB este cea mai studiată dintre toate tulburările de personalitate, fapt ce rămâne adevărat şi astăzi. Roadele acestor cercetări promit să ne ofere o înţelegere mai bună a TPB, ceea ce

poate reduce stigmatul care înconjoară acest diagnostic atât de neînţeles. Dacă aşa stau lucrurile, poate că va veni curând ziua în care oamenii de succes care s-au confruntat cândva cu TPB, asa cum a fost si Marsha Linehan, nu
, 7 y ,
vor mai fi percepuţi doar ca nişte excepţii care întăresc regula.

Lecturi recomandate

Crowell, S.E., Beauchaine, T.P. & Linehan, M.M. (2009), A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory, *Psychological Bulletin,* 135(3), 495-510.

Friedel, R.O. (2004), Borderline personality disorder demystified: An essential guide for understanding and living with BPD, Boston: Da Capo Press.

****

Traducerea literală este „linie de graniţă“ sau „limită“. (*N.t.*)

Când pasiunea este inamicul~~***, în engleză în original.***~~

****

(N.t.)

31

Ce este un „psihopat“?

„Psihopat violent“ (89 700); „ucigaş în serie psihopat“ (38 700); „criminal psihopat“ (34500); „psihopat dezaxat“ (31 300).

Cu toţii am mai auzit aceste expresii, şi numărul de afişări de pe Google prezentat între paranteze (cu referire la sintagmele în engleză — *n.red.)* arată cât de răspândite sunt ele în cultura populară. Totuşi, aşa cum vom descoperi curând, fiecare expresie ascunde o concepţie eronată larg răspândită cu privire la personalitatea psihopată, adesea denumită şi psihopatie sau sociopatie. într-adevăr, puţine sunt tulburările care sunt atât de greşit înţelese precum este personalitatea psihopată. în acest capitol, ne vom strădui să îndreptăm lucrurile şi să desfiinţăm miturile populare legate de această boală.

Fermecător, dar malefic

Descrisă pentru prima dată sistematic în 1941 de psihiatrul Hervey M. Cleckley, de la Colegiul Medical Georgia, psihopatia constă

dintr-un set specific de trăsături de personalitate şi de comportamente. La suprafaţă, fermecători, psihopaţii tind să facă o bună primă impresie asupra celorlalţi şi adesea să pară cât se poate de normali pentru cei care îi observă. Totuşi, ei sunt centraţi pe sine, lipsiţi de onestitate şi nedemni de încredere, iar uneori se angajează în comportamente iresponsabile, aparent fără niciun motiv, altul decât pura distracţie. în mare parte lipsiţi de sentimente de vinovăţie, de empatie şi iubire, ei au relaţii interpersonale şi romantice haotice şi brutale. Psihopaţii îşi găsesc de obicei tot felul de scuze pentru acţiunile lor nesăbuite şi adesea reprobabile, dând vina pe alţii. Rareori învaţă din propriile greşeli sau din feedbackul negativ şi au dificultăţi în inhibarea impulsurilor.

Deloc surprinzător, psihopaţii sunt suprareprezentaţi în închisori; studiile indică circa 25% dintre deţinuţi care îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru psihopatie. Cu toate acestea, cercetările mai sugerează şi că un număr considerabil de psihopaţi se află printre noi în viata de zi cu zi. Unii cercetători speculează chiar că „psihopaţii de succes“ — cei care obţin poziţii proeminente în societate — ar putea fi suprareprezentaţi în anumite ocupaţii, cum ar fi în politică, afaceri si divertisment. Totuşi, dovezile ştiinţifice ale acestei ipoteze provocatoare sunt încă preliminare.

Cei mai mulţi psihopaţi sunt bărbaţi, deşi motivele pentru care apare această diferenţă între sexe sunt necunoscute. Psihopatia pare să fie prezentă atât în culturile occidentale, cât şi în celelalte, inclusiv în cele care au avut expuneri minime la portretizările din media ale acestei condiţii. într-un studiu din 1976,

3 ,

antropologa Jane M. Murphy, care lucra pe atunci la Universitatea Harvard, a descoperit că un grup izolat de inuiţi vorbitori de yupik, de lângă Strâmtoarea Bering, aveau un termen *(kunlangeta)* pe care îl foloseau pentru a descrie „un bărbat care [...] minte, înşală şi fură lucruri în mod repetat şi [...] care profită sexual de multe femei, cineva care nu dă atentie mustrărilor si care este mereu adus în faţa bătrânilor pentru a fi pedepsit“. Când Murphy l-a întrebat pe un inuit ce ar face grupul în mod obişnuit cu un *kunlangeta,* acesta a răspuns: „Cineva l-ar împinge de pe gheaţă când nu se uită nimeni“.

Instrumentul de evaluare cel mai valid pentru psihopatie — Chestionarul pentru Psihopatie — Revizuit (PCL-R), dezvoltat de psihologul Robert D. Hare, de la Universitatea din Columbia Britanică — presupune un interviu standardizat cu subiecţii si examinarea dosarelor lor, respectiv a istoricului infracţional si educaţional. Analiza Chestionarului PCL-R arată că acesta cuprinde cel puţin trei constelaţii de trăsături suprapuse, dar decelabile: deficite interpersonale (precum

grandiozitate, aroganţă şi înşelăciune), deficite afective (lipsa vinovăţiei şi empatiei, de exemplu) şi comportamente impulsive şi infracţionale (inclusiv promiscuitate sexuală şi furt).

Trei mituri

în ciuda studiilor substanţiale realizate în
Î
ultimele câteva decenii, persistă concepţiile eronate cu privire la psihopatie. Aici vom analiza trei dintre ele.

1. **Toţi psihopaţii sunt violenţi.**

Cercetările făcute de psihologi, precum Randall T. Salekin, în prezent la Universitatea Alabama, indică faptul că psihopatia este un factor de risc pentru violenţa fizică şi sexuală viitoare. Mai mult, cel puţin unii ucigaşi în serie — de exemplu, Ted Bundy, John Wayne Gacy şi Dennis Rader, infamul ucigaş „BTK------------- — manifestau numeroase trăsături psihopate, inclusiv şarmul de suprafaţă şi absenţa profundă a empatiei şi sentimentului de vinovăţie.

Cu toate acestea, cei mai mulţi psihopaţi nu sunt violenţi şi cei mai mulţi dintre oamenii violenţi nu sunt psihopaţi. în zilele care au urmat oribilelor împuşcături de la Virginia Tech din 16 aprilie 2007, mulţi comentatori citaţi în ziare l-au
î y
descris pe ucigaş, Seung-Hui Cho, ca fiind

„psihopat“. Cu toate acestea, Cho prezenta puţine trăsături de psihopatie: cei care I-au cunoscut 1- au descris ca fiind deosebit de timid, retras si ciudat.

y

în mod regretabil, ediţia actuală (a V-a, din 2013) a *Manualului diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mentale (.)* *al* Asociaţiei Americane de Psihiatrie)

Americane nu face decât să încurajeze confuzia dinte psihopatie si violentă. DSM-5 descrie o condiţie denumită tulburare de personalitate antisocială (TPAS), care este caracterizată de o istorie îndelungată de comportamente infracţionale şi de agresiuni fizice, referindu-se la TPAS ca fiind sinonimă cu psihopatia. Dar cercetările demonstrează că dimensiunile psihopatiei şi ale tulburării de personalitate antisocială se suprapun doar parţial.

2. **Toţi psihopaţii sunt psihotici.** Spre deosebire de oamenii cu tulburări psihotice, precum schizofrenicii, care adesea pierd contactul cu realitatea, psihopaţii sunt aproape întotdeauna raţionali. Ei sunt foarte conştienţi că acţiunile lor necugetate sau ilegale sunt greşite în ochii societăţii, dar ridică din umeri în faţa acestor

preocupări cu o nonşalanţă uimitoare. Unii ucigaşi în serie notorii — denumiţi de media „psihopaţi“, cum ar fi Charles Manşon si David Berkowitz — prezentau trăsături pronunţate de psihoză mai degrabă decât de psihopatie. De exemplu, Manşon susţinea că este reîncarnarea lui Iisus Hristos, iar Berkowitz credea că primeşte ordine de la câinele vecinului său, Sam Carr (de unde şi numele pe care şi l-a arogat, „Fiul lui Sam“). Pe de altă parte, psihopaţii sunt rareori psihotici.

3. **Psihopatia este netratabilă.** în popularul serial HBO *Sopranos,* terapeutul (dr. Melfi) a pus capăt psihoterapiei cu Tony Soprano, deoarece prietenul şi colegul ei psiholog a convins-o că Tony, despre care dr. Melfi conchisese că este un psihopat clasic, ar fi netratabil. Lăsând la o parte faptul că Tony prezenta câteva comportamente care sunt în mod clar nonpsihopate (cum ar fi loialitatea fată de familie si ataşamentul afectiv faţă de un grup de rate care îsi făcuseră casă în piscina lui), pesimismul doctorului Melfi se poate să fi fost nejustificat. Cu toate că psihopaţii adesea nu sunt motivaţi să caute tratament, cercetările realizate de psihologa Jennifer Skeem, de la Universitatea California, Berkeley, şi colegii ei sugerează că psihopaţii pot beneficia, la fel ca şi nonpsihopaţii, de pe urma tratamentului psihologic.

Chiar dacă trăsăturile principale de personalitate ale psihopaţilor sunt extrem de dificil de schimbat, comportamentele lor infracţionale se pot dovedi mai maleabile la tratament.

Psihopatia ne reaminteşte că descrierile din media ale bolii mentale conţin adesea, în egală măsură, si adevăruri, si mituri. Mai

7 y 7 y

mult, unele preconcepţii larg răspândite cu privire la aceste tulburări pot produce consecinţe nefericite, aşa cum a descoperit Tony Soprano chiar înainte ca imaginea să devină neagră la finalul s e rialului-------.

Lecturi recomandate

Edens, J.F. (2006), Unresolved controversies concerning psychopathy: Implications for clinical and forensic decision making, *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(1), 59-65.

~~Hare, R.D. (1999),~~ *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among* ~~*us*, New York: Guilford Press.~~

Lykken, D.T. (1995), *The antisocial personalities,* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Patrick, C.J. (coord.), (2016), *Handbook of*

psychopathy (ed. a 2-a), New York: Guilford Press.
?fc 3#C -sfc 3|c -sfc 3#C -sfc 3|c
Acronim de la *Bînd, Torturc, Kill — leagă, torturează, ucide. (N.t.)*
ifc + Tfc + -JSc îf: Tfc + ^
In ultimele secunde din serialul *The Sopranos,* imaginea devine brusc complet neagră şi lipsită de orice sunet de fundal. Acest final ambiguu pare să sugereze moartea subită, prin împuşcare, a eroului principal, mafiotul Tony Soprano. (*N.red*.)

Parte a aVII-a

Şinele fragmentat

Schizofrenia şi tulburarea disociativă de identitate

Introducere

Unul dintre autori (Hal Arkowitz) l-a consultat

mai demult, în cabinetul de psihoterapie, pe un bărbat care îndeplinea criteriile de diagnostic pentru schizofrenie. încă nu începuse foarte necesarul tratament medicamentos pentru controlul simptomelor, astfel că multe dintre ele erau evidente. Aşa cum se întâmplă adesea la persoanele cu schizofrenie, era dificil de urmărit discursul acelui pacient, căci sărea de la un subiect la altul fără nicio legătură. Părea să nu fie deloc interesat de nevoia de conexiuni logice în gândire şi în vorbire. Emoţiile lui erau adesea incongruente cu conţinutul verbalizat. De exemplu, uneori devenea trist când discuta despre un eveniment fericit din viaţa sa. Mintea lui era clar dezechilibrată.

Două dintre capitolele din această secţiune abordează mituri despre schizofrenie. Primul se ocupă de asocierea dintre schizofrenie şi violentă. în ultimii 15-20 de ani, media a tot raportat crime în masă şi alte acte violente. Faptele violente care primesc cea mai mare atentie în media sunt deseori cele comise de
î
oameni grav bolnavi mental. Această focalizare a mas s-media a contribuit probabil la faptul că majoritatea oamenilor din Statele Unite crede că cei diagnosticaţi cu schizofrenie, în particular, sunt înclinaţi să fie violenţi. Dar oare au şi dreptate?

Al doilea capitol examinează în ce măsură pot fi trataţi oamenii cu schizofrenie. Mulţi

specialişti în sănătatea mentală, precum şi membri ai publicului general cred că tratamentele îi ajută prea puţin pe cei care au această tulburare. Cât de corectă este această viziune?

Al treilea capitol examinează câteva credinţe despre tulburarea disociativă de identitate (anterior cunoscută sub denumirea de tulburare de personalitate multiplă).

Persoanele diagnosticate cu tulburare disociativă de identitate par să aibă mai multe personalităţi diferite şi pot trece brusc dintr-una într-alta. Un renumit film, intitulat *The Three Faces of Eve* (Cele trei chipuri ale Evei), bazat pe evenimente reale, descrie o femeie cu trei personalităţi. Mai târziu au apărut filme cu personaje cu şi mai multe personalităţi. în această secţiune ne vom pune întrebări şi cu privire la tulburarea disociativă de identitate.

- Persoanele diagnosticate cu schizofrenie sunt înclinate către comportamente violente?

- Poate tratamentul să reducă sau să elimine simptomele de schizofrenie?

Oamenii pot avea mai multe personalităţi diferite?

Tulburarea disociativă de identitate este la fel sau foarte asemănătoare cu schizofrenia?

Persoanele cu tulburare disociativă de identitate se prefac?

32

Pot avea oamenii personalităţi multiple?

A ;|esţss(csţs sţcs|esţs

In serialul TV United States of Tara , difuzată din 2009 până în 2011, actriţa Toni Collette joacă rolul Tarei Gregson, o mamă din Kansas care suferă de tulburare disociativă de identitate (TDI), anterior cunoscută sub denumirea de tulburare de personalitate multiplă. La fel ca şi alţi oameni cu TDI, Tara oscilează în mod impredictibil între mai multe personalităţi, între diverse alter egouri, asupra cărora nu are niciun control. Unul dintre aceste alter egouri este o adolescentă cochetă şi flamboaiantă, un altul este o casnică tradiţionalistă din anii 1950, iar o a treia „personalitate“ este o veterană impulsivă din Războiul din Vietnam.

Multe alte filme, cum sunt *The Three Faces oj Eve* (1957) şiMe, *Myself, andlrene* (2000), portretizează în mod similar indivizi care posedă mai mult de o personalitate. Unele

chiar confundă TDI cu schizofrenia (vedeţi capitolul 33 din acest volum). Chiar şi a cincea ediţie a *Manualului de diagnostic al Asociaţiei Americane de Psihiatrie* (din 2013) specifică trăsătura principală a tulburării ca fiind prezenţa a „două sau mai multe stări de

i * ,,******** «A : i

personalitate distincte ---------. Totuşi, in ciuda acestor descrieri populare — şi profesionale —, cercetările pun la îndoială ideea că un om ar putea avea mai multe personalităţi.



Figura 32.1 Sursă: Exit Myself, de Linoillustration.com

Diferenţe dramatice

Numeroase dovezi susţin ideea că TDI nu este doar o prefăcătorie şi că cei mai mulţi dintre oamenii care au această boală sunt convinşi că au unul sau mai multe alter egouri. Cu toate că unii pacienţi cu TDI au doar un alter ego — aşa-numita personalitate clivată —, cei mai mulţi raportează mai multe. într-un sondaj realizat în 1989 de psihiatrul Colin Ross, pe atunci activ la Spitalul Charter din Dallas, şi colegii săi, numărul mediu de alter egouri identificate a fost de şaisprezece. Este interesant faptul că acelaşi număr de alter egouri pretindea că are şi Shirley Ardeii Mason, femeia care a inspirat personajul lui Sybil din bestsellerül omonim (1973) şi cele două filme pentru televiziune care au popularizat diagnosticul de TDI. (Ulterior au apărut dovezi care arătau că terapeutul curant al lui Sybil o încuraja să manifeste personalităţi multiple, ceea ce a produs un uriaş scandal.) în cazuri rare, numărul de alter egouri poate ajunge la sute sau chiar mii.

Diferenţele dintre aceste alter egouri pot fi chiar uimitoare. Personalităţile aceluiaşi pacient pot fi de diferite vârste, genuri, rase şi chiar specii, pot fi inclusiv homari, raţe şi gorile. Au fost înregistrate raportări de alter ego sub forme surprinzătoare: unicorn, Mr. Spock din *Star Trek*, Dumnezeu, mireasa lui

Satana şi Madonna. Mai mult, unii practicieni susţin că aceste alter egouri pot fi identificate prin atribute obiective, inclusiv prin scrisul de mână distinct, tonalităţile vocale, dioptriile şi alergiile. Cei care susţin ideea personalităţilor multiple au realizat şi studii controlate urmărind diferenţele biologice dintre alter egouri, arătând că pot fi diferite inclusiv ca rată a respiraţiei, ca tipare ale undelor cerebrale şi la nivelul conductivităţii pielii, aceasta din urmă fiind o măsură universală a gradului de excitaţie.

Î

întrebarea dacă oamenii pot avea mai mult decât un caracter are implicaţii importante din punct de vedere legal şi terapeutic. Dacă există personalitate multiplă şi dacă pacienţii sunt adesea inconştienţi de acţiunile alter egourilor lor, poate fi justificată o apărare judiciară de „nevinovat pe motiv de tulburare disociată de identitate“. Alti oameni de stiintă au sustinut că fiecare alter ego are dreptul la reprezentare legală separată. Aşa cum observa profesorul de drept Ralph Slovenko, de la Universitatea de Stat Wayne, într-un articol din 1999, unii judecători au cerut chiar ca alter egoul să depună jurământ separat, înainte de mărturie.

Mulţi terapeuţi încearcă să îi facă pe aceşti pacienţi aflaţi în tratament să-şi integreze personalităţile separate într-un întreg coerent. Făcând acest lucru, îi pot ajuta pe pacienţi să intre în contact cu unele alter egouri încă „nedescoperite“ şi să deschidă linii de

comunicare între acestea. De exemplu, Ross a pledat pentru acordarea de nume fiecărui alter ego şi organizarea de „şedinţe interne“ în care acestea să converseze, să împărtăşească opinii şi să ofere informaţii despre acele alter egouri care sunt absente. Psihiatrul Frank Putnam, de la Spitalul de Copii din Cincinnati, a susţinut folosirea unui „avizier“ al TDI, pe care fiecare alter ego să poată lăsa mesaje pentru celelalte egouri — aici poate fi vorba despre mesaje scrise într-un caiet sau pe alte suporturi convenabile.

Punerea pieselor laolaltă

în ciuda acestor intervenţii terapeutice, lipsesc dovezile convingătoare ale coexistenţei unor personalităţi separate la acelaşi individ. Distincţiile raportate între alter egourile diferite sunt în cea mai mare parte nedocumentate, neconfirmate si dificil de interpretat. De exemplu, scrisul de mână şi vocea pot varia pe perioade scurte şi la persoane *fără* TDI, mai ales ca rezultat al schimbărilor de dispoziţie afectivă. Iar disparităţile reacţiilor fiziologice, cum ar fi undele cerebrale sau conductivitatea pielii, pot fi atribuite în mod similar diferentelor la nivel de dispoziţie sau de gânduri, care apar în timp, conform psihologilor de la Universitatea Arizona, John J.B. Allen şi Hallam L. Movius. Indivizii cu TDI aproape cu siguranţă

experimentează schimbări psihice dramatice de la o situaţie la alta, astfel că ar ii surprinzător dacă nu ar apărea şi modificări în fiziologia lor.

Dacă aceste alter egouri sunt cu adevărat personalităţi distincte, ele ar trebui să aibă amintiri inaccesibile celorlalte egouri. Totuşi, Alien şi psihologul William G. Iacono, de la Universitatea Minnesota, au raportat într-un studiu de sinteză din 2001 că, deşi cele mai multe teste directe de memorie — cum ar fi să le cerem pacienţilor aflaţi într-un anumit alter ego să-şi reamintească o listă de cuvinte pe care anterior au întâlnit-o când se aflau într-un alt ego — dezvăluie lipsa transferului de amintiri de la un alter ego la altul, există şi teste mai subtile ce dezvăluie faptul că amintirile formate de un ego sunt, de fapt, accesibile şi celorlalte egouri. în aceste teste, mai puţin directe, care tind să fie mai sensibile si mai puţin suspecte de manipularea intenţionată a răspunsurilor, subiecţilor li se poate cere, de exemplu, să completeze un cuvânt precum >>reg_“, după ce unui alter ego i-a fost prezentat un cuvânt asociat, să zicem, „regină“. Cele mai multe studii de acest tip susţin această concluzie, sugerând că alter egourile nu sunt entităti distincte.

Dacă alter egourile nu sunt personalităţi separate, atunci ce sunt? Un indiciu: indivizii care dezvoltă TDI adesea îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate borderline, tulburarea bipolară şi

pentru alte condiţii caracterizate prin instabilitate. într-adevăr, un studiu de sinteză din 1999, realizat de unul dintre autori (Scott Lilienfeld) şi de colegii săi, a constatat că între 35% şi 71% dintre pacienţii cu TDI au şi tulburare de personalitate borderline. Este de înţeles atunci de ce mulţi dintre indivizii

î >

predispuşi la TDI sunt dezorientaţi de dispoziţia lor instabilă, de comportamentul auto distructiv, de impulsivitatea şi relaţiile lor haotice şi caută o explicaţie pentru aceste tulburări. Atunci când psihoterapeuţii sau alţi specialişti pun întrebări care pot sugera deja un anumit răspuns, precum „Este posibil ca acea parte din tine de care nu eşti conştient să te determine să faci şi să simţi aceste lucruri?“, pacienţii pot căpăta convingerea că mintea lor găzduieşte identităţi multiple.

Datele arată că mulţi terapeuţi care tratează pacienţi cu TDI folosesc hipnoza, ceea ce poate alimenta dificultăţile acestor oameni de a distinge fantezia de realitate. Astfel, tulburarea disociativă de identitate poate reflecta efortul acestor indivizi de a da un sens comportamentelor şi sentimentelor lor extrem de derutante, ipoteză enunţată de regretatul psiholog Nicholas Spanos, de la Universitatea Carleton.

Dacă aşa stau lucrurile, tehnicile prin care diferite alter egouri pot fi făcute să vorbească unele cu altele pot avea efecte adverse, încurajându-i pe pacienţi să creadă, în mod fals,

că diverse gânduri şi sentimente rezidă în mod separat în mintea lor, adesea crescând dificultatea de a le integra. De exemplu, o pacientă poate căpăta convingerea că unul dintre alter egourile ei este responsabil de furia ei intensă fată de soţul ei, ceea ce o va face să-si ignore adevăratele ei sentimente.

O abordare mai bună ar fi ca pacienţii să fie ajutaţi să înţeleagă că experienţele lor psihice dureroase nu sunt create de personalităţi diferite, ci de aspecte diferite ale unei singure personalităţi tulburate. în acest fel, cei care suferă de aceste tulburări pot începe să ia contact cu aceste experienţe şi să recunoască faptul că acele gânduri şi sentimente sunt în mod autentic ale lor.

Lecturi recomandate

Allen, J.J.B. & Iacono, W.G. (2001), Assessing the validity of amnesia in dissociative identity disorder: A dilemma for the DSM and the courts, *Psychology, Public Policy, and Law,* 7(2),311-344.

Lilienfeld, S.O. & Lynn, S.J. (2014), Dissociative identity disorder: A contemporary scientific perspective. In S.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (coord.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (ed. a 2-a) (pp. 113-152), New York: Guilford Press.

Merckelbach, H., Devilly, GJ. & Rassin, E. (2002), Alters in dissociative identity disorder: Metaphors or

genuine entities? *Qinical Psychology Review, 22,* 481-497.

******** **StatcZe *(Stările) Unite ale Tarei* — titlul aseamănă multitudinea de personalităţi ale protagonistei cu multitudinea de state care compun Statele Unite al Americii. *(N.t.)***

~~******** *i^mer^can* ***psychatric Association (2016),***~~ *DSM-5. Manualul de diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale,* ~~***Bucureşti: Callisto, p. 292.***~~ *(N.t.)*

33

Cât de violenţi sunt oamenii cu tulburări mentale?

Un student repetent, în vârstă de douăzeci şi doi de ani, Jared Lee Loughner, a împuşcat-o în cap pe parlamentara de Arizona, Gabrielle Giffords, lângă un supermarket din Tucson, producând-i leziuni cerebrale grave. în acelaşi atac armat, Loughner a ucis şi/sau a rănit încă 18 persoane, inclusiv un judecător federal şi o fetiţă de nouă ani.

Î

Informaţiile despre postările pe YouTube şi pe alte platforme ale lui Loughner sugerează că acesta este grav bolnav mental. Indivizi cu tulburări psihice grave au provocat şi alte atacuri armate, inclusiv masacrul din 2007 de

la Virginia Tech, unde un student de colegiu, Seung-Hui Cho, a ucis 32 de persoane şi a rănit 17. Aceste evenimente si relatările lor din

î

media au alimentat probabil percepţia publicului că oamenii cei mai profund bolnavi mental sunt violenţi. Sondajele arată că 60-80% din public crede că cei diagnosticaţi cu schizofrenie, îndeosebi, sunt înclinaţi să comită acte violente.

Cu toate că studiile indică o uşoară creştere a

) *y*

riscului de comportament violent printre cei afectaţi de patologii psihiatrice majore, o examinare mai atentă a studiilor sugerează că aceste tulburări nu sunt predictori puternici ai comportamentului agresiv. în realitate, oamenii grav bolnavi mental sunt răspunzători doar de 3-5% dintre infracţiunile violente la nivelul populaţiei generale. Datele indică faptul că există alte comportamente care pot ii predictori mai buni ai agresivităţii fizice, descoperire care ne poate ajuta să împiedicăm exploziile de furie în viitor.

0 legătură firavă

Nu toate tulburările psihice şi emoţionale prevestesc violenţa, chiar şi în ochii societăţii, în acest capitol, ne referim doar la boala mentală gravă, adică la schizofrenie, tulburare bipolară sau depresie psihotică. Simptomele schizofreniei includ tulburări marcate ale gândirii, emoţiilor şi comportamentului; deliruri (credinţe false şi rigide); halucinaţii (percepţia unor lucruri care nu sunt prezente fizic);

dezorganizare şi retragere din activităţile sociale. Tulburarea bipolară este de obicei caracterizată de oscilaţii între depresie şi manie, aceasta din urmă presupunând euforie şi grandiozitate, explozii de energie şi mai puţină nevoie de somn. Depresia psihotică include simptome depresive acute, alături de deliruri sau halucinaţii (sau ambele).

Cei mai mulţi dintre cercetătorii care
)
studiază problema agresivităţii la bolnavii mental au descoperit o mică, dar grăitoare asociere între violentă si tulburările
> >
psihologice severe. într-o metaanaliză din 2009 (o revizuire cantitativă) a 204 studii care explorau această conexiune, psihologul Kevin S. Douglas, de la Universitatea Simon Fraser, şi asociaţii săi au descoperit o probabilitate ceva mai mare a comportamentelor agresive la cei cu boli mentale grave.

Totuşi, această conexiune este mult mai slabă decât crede publicul că ar ii şi nu înseamnă neapărat că aceste tulburări grave determină comportamentele violente. Relaţia de cauzalitate poate avea o direcţie inversată: angajarea în agresivitatea cronică (izvorâtă dintr-o altă sursă) poate crea un stres care declanşează boala la cei predispuşi. Alternativ, un al treilea factor poate produce atât condiţia psihiatrică, precum şi violenţa.

în loc să-i considere pe oamenii cu boli mentale grave ca fiind în general periculoşi, oamenii de ştiinţă se preocupă acum de alţi

factori care pot prezice comportamentul violent cu mai mare precizie. Un candidat puternic este abuzul de substanţe. Dezvăluind rezultatele obţinute în 1998 de Studiul MacArthur pentru Evaluarea Riscului de Violenţă, sociologul Henry J. Steadman, de la organizaţia Policy Research Associates, a raportat că aproape o treime dintre pacienţii grav bolnavi mental, cu probleme legate de abuzul de substanţe, s-au angajat în unul sau mai multe acte violente în anul următor externării lor din spital. Pentru pacienţii externaţi care nu au abuzat de droguri, cifra corespunzătoare a fost de doar 18%. (Această cifră sugerează că mai puţin de o cincime dintre indivizii grav bolnavi mental, fără alte probleme, sunt agresivi în moduri periculoase.)

în această metaanaliză, echipa lui Douglas a semnalat, de asemenea, abuzul de substanţe ca fiind unul dintre cei câţiva factori care au contribuit la legătura dintre boala mentală şi violenţă. în plus, a constatat că această legătură este chiar mai puternică în cazul pacienţilor care suferiseră anterior de deliruri, halucinaţii sau gândire dezorganizată. Astfel, o persoană cu o boală mentală prezintă un risc mai mare de a comite un act de agresiune atunci când acel individ consumă abuziv şi un drog, şi prezintă anumite simptome.

Abuzul de substanţe creste în mare măsură şansele de apariţie a unui comportament violent si la subiecţii sănătosi, ceea ce

sugerează că abuzul de droguri poate fi un predictor mult mai bun al violenţei decât boala mentală. Mai mult, tratamentul adecvat al bolii mentale poate elimina în mod eficient micul risc de comportament violent pe care îl comportă o tulburare gravă. în studiul MacArthur, echipa lui Steadman nu a găsit nicio diferenţă între prevalenţa violenţei la cei cu boli mentale grave care îşi luau tratamentul şi la oamenii sănătoşi mental, în timp ce pacienţii fără tratament medicamentos prezentau rate semnificativ mai mari de manifestări agresive.

Desigur, indivizii bolnavi care încetează să-şi mai ia medicamentele reprezintă cazurile mai dificile. Oricum, aceste rezultate sugerează că un plus de aderenţă la tratament poate scădea şansele ca oamenii grav bolnavi mental să aibă comportamente violente.

Victime, nu agresori

Stereotipul conform căruia nebunul omoară oameni străini în locuri publice pur şi simplu nu este susţinut de observaţiile empirice. Cu toate că unele tragedii remarcabile se potrivesc acestei descrieri, aceste cazuri sunt destul de rare. De fapt, dat fiind cât de puţini oameni bolnavi mental devin violenţi, o persoană cu o tulburare psihică severă poate fi mai degrabă victima decât autorul unui act de violentă.

Î

Oamenii bolnavi mental sunt victime în adevăratul sens. O condiţie psihiatrică gravă

este deja o povară cumplită, chiar şi fără a fi tratat cu suspiciune de către comunitate. Credinţa larg răspândită că cei afectaţi de tulburări mentale sunt violenţi contribuie la stigmatizarea bolii mentale şi de aceea poate interfera cu încercările acestor persoane de a găsi şi de a primi asistenţa adecvată. Demitizarea acestei concepţii eronate va duce, sperăm, la un progres în asistarea indivizilor tulburaţi, făcând tratamentul mai larg accesibil şi reducând în mare măsură ameninţarea pe care un mic număr dintre aceşti indivizii o pot reprezenta pentru societate.

Lecturi suplimentare

Douglas, K.S., Guy, L.S. & Hart, S.D. (2009), Psychosis as a risk factor for violence to others: ~~*A meta-analysis,*~~ *Psychological Bulletin, 135(5),* ~~*679-706.*~~

Flynn, S., Rodway, C., Appleby, L. & Shaw, J. (2014), Serious violence by people with mental illness: National clinical survey, *Journal of Interpersonal Violence, 29,* 1438-1458.

Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P.S., Grisso, T. ... Silver, E. (1998), Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods, *Archives of General Psychiatry,* 55(5), 393-401.

34

Pot fi ajutate persoanele cu schizofrenie?

Cu circa cincisprezece ani în urmă, psihologul Ronald Levant, care lucra pe atunci la Universitatea Nova de Sud-Est, le povestea câtorva colegi la o conferinţă despre pacienţii cu schizofrenie pe care îi monitorizase şi care reuşiseră să se vindece. Unul dintre colegi a întrebat retoric: „Vindecat de schizofrenie? Ţi-ai pierdut şi tu minţile?“

Până nu demult, practic toţi specialiştii erau de acord că schizofrenia este întotdeauna sau aproape întotdeauna marcată de o evoluţie descendentă. Dar este acest prognostic unul absolut sigur? Cu certitudine, schizofrenia este o condiţie gravă. Victimele ei, care numără circa 1% din populaţie, experimentează pierderea contactului cu realitatea, ceea ce face ca aceste persoane să prezinte un risc crescut de suicid, şomaj, probleme relaţionale, afecţiuni fizice şi chiar moarte timpurie. Cei care abuzează de substanţe prezintă şi riscul

comiterii de acte violente împotriva altor oameni. Contrar credinţei populare, persoanele cu schizofrenie nu au personalităţi multiple şi nici nu sunt toate în esenţă la fel, nu sunt, cu toatele, victime ale unui parentaj precar, de exemplu (vezi Caseta 34.1).

Totuşi, cercetările au arătat că, dacă sunt corect trataţi, mulţi oameni cu schizofrenie pot avea parte de o vindecare semnificativă, deşi rareori completă, a bolii lor. Mulţi pot, de exemplu, să trăiască vieţi relativ normale în afara spitalului, să păstreze un serviciu şi să socializeze periodic cu familia şi cu prietenii. Aşa cum conchidea în 1988 psihiatrul Thomas McGlashan, de la Universitatea Yale, într-o publicaţie de avangardă, „certitudinea prognosticului negativ în schizofrenie este un mit“.

Caseta 34.1 Mituri despre schizofrenie

Cu toate că cei mai mulţi oameni au auzit de schizofrenie, mulţi înţeleg greşit această tulburare. Vom demitiza mai departe trei concepţii greşite larg răspândite despre această boală mentală tulburătoare.

Mitul nr. 1: Oamenii cu schizofrenie au personalitate multiplă.

Adevărul: Această credinţă reflectă o confuzie între schizofrenie şi tulburarea disociată de identitate, denumită cândva tulburare de personalitate multiplă. Acesta din urmă este un diagnostic controversat, care se presupune că suferindul este marcat de coexistenta mai multor

personalităţi sau a unor stări personale complet distincte, care n-au ştiinţă una de alta. Oamenii cu schizofrenie au o singură personalitate, doar că personalitatea lor este anihilată, cu deficienţe severe de gândire, afectivitate si motivaţie.

Mitul nr. 2: Toti oamenii cu schizofrenie sunt în esenţă la fel.

Adevărul: Oamenii cu schizofrenie trăiesc o varietate năucitoare de simptome. Unii suferă în principal de simptome „pozitive“, cum ar fi ideile delirante, care sunt nişte credinţe false si rigide, de pildă ideea că sunt urmăriţi de agenţi guvernamentali; alţii au halucinaţii, cum sunt vocile pe care ei le aud. Dimpotrivă, alţii au mai ales simptome „negative“, precum retragerea socială şi exprimarea emoţională şi verbală diminuată. Iar o altă categorie de pacienţi experimentează deficite cognitive: probleme cu concentrarea, cu memoria şi planificarea. D iz abilităţile multor pacienţi se încadrează în toate cele trei categorii.

Mitul nr. 3: Schizofrenia este cauzată de atitudinile şi comportamentele familiei.

Adevărul: în 1948, psihanalista germană Frieda Fromm-Reichmann a introdus noţiunea de mamă „schizofrenogenă“ (care induce schizofrenia copilului), o mamă ostilă şi hipercritică, idee care a persistat timp de multe decenii. Totuşi, cercetările au eşuat de fiecare dată să arate că există o legătură directă între stilul de parentaj şi debutul schizofreniei, deşi

numeroase studii sugerează că atitudinea extrem de critică şi de severă din familie poate grăbi recăderea.

De la deznădejde la speranţă

în jurul anului 1900 marele psihiatru german Emil Kraepelin scria că schizofrenia, pe atunci denumită *dementia praecox* (ceea ce înseamnă „demenţă precoce“), se caracterizează printr-o alunecare inexorabilă pe o pantă descendentă, în 1912, un alt medic, A. Warren Stearns, scria despre „aparenta lipsă de speranţă a bolii“. Unele tratamente din acea vreme, care includeau vasectomia si inducerea unei febre

3

intense folosind sânge infectat, reflectau acest sentiment de deznădejde. O atitudine sumbră a cuprins domeniul cercetării schizofreniei timp de decenii la rând, mulţi specialişti insistând că ameliorarea este extrem de rară, dacă nu inexistentă.

Totuşi, experţii au ajuns să înţeleagă în ultima perioadă că prognosticul pacienţilor cu schizofrenie nu este pentru toţi la fel de îngrozitor. Studii atent conduse, care i-au urmărit pe pacienţi pe durate mai lungi — cei mai mulţi dintre aceştia primind cel puţin un tratament minimal —, sugerează că circa 20-30% dintre bolnavi se recuperează substanţial pe parcursul anilor sau deceniilor. Cu toate că rămân simptome uşoare, precum retragerea socială sau gândirea confuză, aceşti indivizi pot

să muncească şi să funcţioneze independent, fără a fi internaţi.

într-un studiu publicat în 2005, psihologul Martin Harrow, de la Facultatea de Medicină a Universităţii Illinois, şi colegii săi au urmărit pacienţi o perioadă de peste cincisprezece ani şi au constatat că circa 40% experimentau cel puţin perioade de recuperare considerabilă, evaluate prin absenţa simptomelor semnificative, precum şi prin capacitatea de a munci, de a se angaja în activităţi sociale şi de a trăi în afara spitalului timp de un an sau mai mult. Deşi cei mai mulţi dintre pacienţi nu intră în remisii îndelungate şi poate chiar înregistrează un declin în timp, circa 20-30% din această majoritate trăieşte doar simptome moderate, care interferează — dar nu în mod devastator — cu capacitatea lor de a performa la locul de muncă sau de a păstra relaţii de prietenie.

Tratamente îmbunătăţite

La această viziune mai puţin fatalistă cu privire la schizofrenie contribuie si tratamentele eficiente care au devenit disponibile în ultimele două decenii. Medicamentele antipsihotice atipice — precum Clozaril (clozapină), Risperdal (risperidonă) şi Zyprexa (olanzapină), dintre care cele mai multe au fost introduse în anii 1990 — par să amelioreze simptomele de schizofrenie, influenţând funcţionarea neurotransmiţătorilor, precum dopamina şi

serotonina, care transmit mesaje chimice între neuroni.

În plus, unele intervenţii psihologice dezvoltate în ultimele decenii pot adesea să atenueze simptome precum ideile delirante şi halucinaţiile. De exemplu, terapia cognitiv-comportamentală are ca obiectiv să remedieze ideile paranoide sau alte gânduri dezadaptative asociate cu această tulburare, ajutându-i pe pacienţi să-şi confrunte aceste credinţe. Terapiile de familie se concentrează pe educarea membrilor familiei cu privire la această tulburare şi reducerea criticilor şi ostilităţii cu care aceştia îi tratează pe pacienţi. Deşi nu sunt deloc nişte panacee, aceste remedii, alături de altele câteva, i-au ajutat pe mulţi pacienţi cu schizofrenie să întârzie recăderile si, în unele cazuri, să funcţioneze mai eficace în viaţa de zi cu zi.

Ce fel de pacienţi este cel mai probabil să prezinte ameliorări? Cercetătorii au făcut legătura între o serie de factori şi rezultatele mai bune ale unor pacienţi. Printre aceşti factori se numără funcţionarea cu succes în viaţa de dinainte de apariţia bolii, experimentarea bruscă de simptome severe, toate deodată, şi nu gradual, vârsta mai înaintată la care debutează boala, sexul feminin, un coeficient de inteligenţă mai ridicat şi lipsa acestei tulburări din istoricul familial. Toate aceste trăsături si manifestări însă permit prognosticuri cel mult modeste în ceea ce priveşte vindecarea schizofreniei.

în mod clar, s-au făcut progrese considerabile în înţelegerea evoluţiei schizofreniei şi suntem mai optimişti decât am fost vreodată cu privire la viitorul celor afectaţi. Cu toate acestea, avem nevoie de remedii mai eficiente dacă dorim să le redăm pacienţilor viaţa productivă şi fericită de care se bucurau înainte de declanşarea schizofreniei si înainte
) î
de anihilarea percepţiei de sine.

Lecturi recomandate

Harding, C.M., & Zahniser, J.H. (1994), Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatric Scandinavia, 90* (Supl. 384), 140-146.

Walker, E., Kestler, L., Bollini, A. & Hochman, K.H. (2004), Schizophrenia: Etiology and course, *Annual Review of Psychology,* 55, 401-430.

Partea a VIII-a

Mituri populare despre creier şi comportament

Introducere

în 1990, Preşedintele George H.W. Bush a emis o proclamaţie prin care a declarat perioada anilor 1990 „Deceniul creierului“. Scopul era aducerea la cunoştinţa publicului a beneficiilor care pot fi obţinute din cercetarea creierului. De atunci am continuat să facem progrese uimitoare în înţelegerea modului în care funcţionează creierul. în ciuda acestui progres remarcabil, unele credinţe chestionabile despre creier continuă să fie larg acceptate de publicul larg — acestea vor fi discutate în secţiunea care urmează. Printre ele se numără si următoarele

mituri: folosim doar 10% din capacitatea creierului; la unii oameni predomină

funcţionarea emisferei cerebrale drepte (intuitivă şi creativă), iar la alţii, funcţionarea emisferei stângi (logică şi raţională); creşterea producţiei de unde alfa cauzează un sentiment mai profund de conştientizare şi relaxare.

Hipnoza a rămas un subiect fascinant pentru specialişti şi nespecialişti în egală măsură. Şi aici creşterea cunoaşterii este însotită de credinţe îndoielnice. Cea mai larg răspândită dintre aceste credinţe este probabil aceea că hipnoza este o „transă“ sau o stare de conştiinţă distinctă. Mulţi oameni cred că această stare este asociată, în mod grăitor, cu o sugestibilitate crescută, ce face ca hipnotizatorul să poată induce angajarea persoanei în comportamente care nu îi sunt tipice sau ar ii chiar imposibile în „starea de trezie“. Există chiar persoane care susţin că hipnoza poate genera vindecări psihice şi medicale.

Pe măsură ce îmbătrânesc, cei mai mulţi oameni experimentează un declin al memoriei. Adesea ei cred că acest declin este inevitabil si ireversibil. Această credinţă a fost pusă sub semnul întrebării şi s-a ridicat problema existenţei unor metode validate empiric, pentru a ajuta memoria persoanelor în vârstă.

în această secţiune vom aborda următoarele întrebări:

- Folosim doar un procent foarte mic din capacitatea creierului nostru?

- Există o predominanţă a emisferei cerebrale drepte (intuitivă şi creativă) sau a celei stângi (logică şi raţională)?

- Creşterile nivelului de unde cerebrale alfa produc un sentiment mai profund de conştientizare si relaxare?

- Aşa-numita „stare de transă“ din hipnoză este o stare distinctă de conştiinţă?

Pot fi oamenii determinaţi sub hipnoză să se angajeze în comportamente în care nu s-ar implica în starea nonhipnotică?

Pierderea de memorie care însoteste îmbătrânirea tine oare de un declin ireversibil?

Nu există nicio cale de îmbunătăţire a memoriei la vârstnici?

35

Divulgarea „escrocheriilor cerebrale“

Cei mai mulţi consideră funcţionarea creierul

nostru ca pe ceva de la sine înţeles. Aşa cum scria poetul Robert Frost: „Creierul este un organ minunat. începe să funcţioneze din clipa în care te trezeşti dimineaţa si nu se opreşte până când nu ajungi la serviciu“. Cu o greutate de doar 1,36 kg şi o consistenţă ca de jeleu, creierul nostru arată surprinzător de neimpresionant în realitate. Totuşi, este capabil de asocieri intelectuale fulminante.

Deşi creierul susţine, practic, toate aspectele gândirii, personalităţii şi identităţii noastre, el face obiectul unui mare număr de preconcepţii eronate. Fără îndoială, cel mai mare expert din lume în „neuromitologie“ — studiul miturilor cu privire la structura şi funcţionarea creierului — a fost profesorul de psihologie de la Universitatea Simon Fraser, Barry L. Beyerstein, care a murit în 2007 la vârsta de şaizeci de ani. Barry a consacrat termenul de „escrocherii cerebrale“ într-un articol din 1990, pentru a atrage atenţia asupra eforturilor, la modă atunci, de a profita de preconcepţiile publicului cu privire la creier.

Barry a fost prieten cu Scott Lilienfeld, unul dintre autorii acestei cărţi, si a colaborat atât cu publicaţia *Scientific American,* cât şi cu *Scientific American Mind.* Credem că o discuţie despre neuromitologie ar fi în onoarea memoriei lui Barry, aşa că vom examina trei preconcepţii cu privire la creier, trei opinii eronate pe care el însuşi le-a evidenţiat.

Ne folosim doar de 10% din capacitatea creierului

Această idee eronată, despre care Barry a scris în numeroase ocazii (inclusiv în rubrica *Ask the Experts* din numărul din iunie 2004 al revistei *Scientific American),* este una dintre ideile cel mai adânc înrădăcinate din psihologia populară. Atractivitatea ei este de înţeles, căci ne place să credem că, de fapt, creierul nostru ar deţine un rezervor enorm de potenţial neaccesat. Mitul acestui 10% a contribuit la apariţia unei pletore de cărţi de autoajutorare şi de gadgeturi de autovindecare, inclusiv la comercializarea unor aparate care ar trebui să ne ajute să ne folosim cele 90% din capacităţile încă neaccesate.

Totuşi, dovezile ştiinţifice care contrazic acest mit sunt copleşitoare. Studiile de imagistică cerebrală funcţională au eşuat în mod constat să identifice vreo regiune a creierului care să fie permanent inactivă. Mai mult, cercetările asupra indivizilor cu leziuni cerebrale arată că apariţia unei leziuni în aproape orice arie a creierului produce cel puţin anumite deficite psihice.

Aşa cum observa Barry, mitul lui 10% a izvorât probabil, parţial, din interpretarea eronată a scrierilor lui William James, unul dintre fondatorii psihologiei americane. în reflecţiile lui de la începutul secolului XX, James scria că cei mai mulţi dintre noi ne actualizăm doar o mică porţiune din potenţialul intelectual

de care dispunem, o afirmaţie care ar putea conţine un miez de adevăr. Dar câţiva autori populari — inclusiv Lowell Thomas, care a scris prefaţa la volumul de succes din 1936 al lui Dale Carnegie, *Secretele succesului. Cum să vă faceţi prieteni şi să deveniţi influenţi —* au interpretat în mod exagerat scrierile lui James, sugerând că folosim doar 10% din creier. La legitimarea acestei concepţii au contribuit apoi primele studii care au sugerat că o parte substanţială a cortexului cerebral este „tăcută". Totuşi, datorită progreselor înregistrate în măsurarea activităţii cerebrale, stim acum că aceste arii sunt departe de a fi tăcute; ele constituie ceea ce neurosavanţii denumesc „cortexul asociativ" al creierului, care are o funcţie vitală în realizarea conexiunilor dintre percepţii, gânduri şi emoţii la nivelul diferitelor arii ale creierului.

La unii oameni predomină emisfera stângă, la alţii — cea dreaptă

Se presupune că persoanele la care predomină funcţionarea emisferei stângi sunt analitice, logice şi verbale, în timp ce oamenii la care predomină emisfera stângă sunt creativi, holistici si spaţiali. Cantităti enorme de cărţi de popularizare au dat substanţă acestei pretinse dihotomii. în cartea sa de succes din 1972, *The Psychology of Consciousness,* psihologul Robert Ornstein, de la Universitatea Stanford,

susţinea că societatea occidentală pune un accent prea mare pe gândirea raţională, adică pe funcţionarea emisferei stângi, şi nu pune suficient accent pe gândirea intuitivă a emisferei drepte. în mod similar, în 1979, cartea de succes a artistei şi psihologei Betty Edwards, *Drawing on Right Side of the Brain********.* a lăudat beneficiile formelor mai creative de exprimare artistică ce se bazează pe emisfera dreaptă a creierului.

Totuşi, aşa cum au observat Barry şi psihologul Michael Corballis, de la Universitatea Auckland, dihotomia dintre emisfera dreaptă şi emisfera stângă este o simplificare grosieră. în primul rând, această distincţie implică faptul că oamenii dăruiţi cu abilităţi verbale nu ar avea talente artistice, deşi cercetările sugerează contrariul. Mai mult, studiile din neuroştiinţe sugerează că cele două emisfere ale creierului funcţionează într-o manieră înalt coordonată.

La fel ca alte mituri despre creier, şi acesta conţine un miez de adevăr. Timp de câteva decenii, începând din anii 1960, specialistul în neuroştiinţe Roger Sperry, de la Institutul de Tehnologie California, psihologul Michael S. Gazzaniga, de la Universitatea California, Santa Barbara, şi colegii lor au studiat pacienţi care au fost supuşi operaţiei de secţionare a corpului calos (acea bandă groasă de fibre neurale care conectează cele două emisfere), în efortul de a opri epilepsia netratabilă. Cercetările au arătat că emisferele stângă şi

dreaptă ale creierului sunt într-adevăr diferite. La cei mai muţi dintre noi, emisfera stângă este specializată în cele mai multe aspecte ale limbajului, în timp ce emisfera dreaptă este specializată în cele mai multe abilităţi vizual-spaţiale. Totuşi, chiar şi aceste diferenţe sunt doar relative; de exemplu, emisfera dreaptă tinde să joace un rol mai mare decât cea stângă în interpretarea tonului vocii în limbajul vorbit. Mai mult, atâta timp cât corpul calos este intact, emisferele interacţionează între ele în mod continuu.

Putem atinge o stare mai profundă de conştientizare şi relaxare prin intensificarea undelor cerebrale alfa

Propovăduitorii „conştiinţei alfa“ îi încurajează pe oameni să se supună unor intervenţii de biofeedback la nivelul undelor cerebrale — în unele cazuri folosind aparate disponibile în comerţ —, pentru a-şi creşte producţia de unde alfa, unde cerebrale care apar la o frecvenţă de aproximativ 8-13 cicluri pe secundă. Totuşi, cercetările arată că emiterea de unde alfa este în mare parte sau chiar în întregime necorelată cu trăsăturile de personalitate de durată şi cu stările de satisfacţie de scurtă de durată.
)

Aşa cum observa Barry, mitul conştiinţei alfa reflectă o confuzie între „corelaţie“ şi „cauză“. Este adevărat că oamenii au tendinta de a
)
manifesta o proporţie crescută de unde alfa în timpul meditaţiei sau în relaxarea profundă.

Dar acest fapt nu înseamnă că o producţie crescută de unde alfa *cauzează* relaxarea profundă. Mai mult, cercetările au stabilit niveluri ridicate de unde alfa la unii copii cu tulburare de deficit de atenţie şi hiperactivitate, care sunt orice altceva, numai relaxaţi nu.

Aceste trei mituri abia dacă zgârie suprafaţa domeniului vast al neuromitologiei, dar ne oferă o idee despre rolul valoros al lui Barry în combaterea preconcepţiilor eronate ale publicului despre funcţionarea creierului. Din fericire, aşa cum au avut ocazia să afle cititorii revistei *Scientific American Mind,* adevărurile despre funcţionarea creierului sunt adesea mult mai interesante şi surprinzătoare decât miturile. Ajutându-i pe oamenii obişnuiţi să distingă mai bine între miturile cu privire la creier şi realităţile privind creierul, Barry Beyerstein a fost un pionier în efortul continuu de a creşte gradul de alfabetizare ştiinţifică a publicului larg. îi simţim lipsa.

Lecturi recomandate

Beyerstein, B.L. (1990), Brainscams: Neuro mythologies of the New Age, *International Journal of Mental Health,* 19(3), 27-36.

Della Salla, S. (coord.) (1999), *Mind myths: Exploring popular assumptions about the mind and brain,* New York: John Wiley & Sons.

Della Salla, S. (coord.) (2007), *Tall tales about the mind and brain: Separating fact from fiction,*

Oxford: Oxford University Press.

Druckman, D. & J. Swets (coord.) (1988), *Enhancing human performance: Issues, theories, and techniques,* Washington: National Academies Press.

******** **Sa** *te bazezi pe partea dreaptă a creierului (N.t)*

36

Este hipnoza o formă aparte de conştiinţă?

Hipnotizatorul, legănând un ceas de buzunar în faţa ochilor subiectului, intonează încet: „Ţi se face somn... Ţi se face somn...“ Capul subiectului se prăbuşeşte brusc în faţă, într-o transă profundă, asemănătoare somnului, ignorând toţi stimulii din jur, cu excepţia vocii blânde a hipnotizatorului. Lipsit de puterea de a rezista influenţei hipnotizatorului, subiectul i se supune la fiecare comandă, inclusiv la instrucţiunea de a pune în act o scenă supărătoare din copilărie. La „trezirea“ din transă, după o jumătate de oră, nu are nicio amintire a ceea ce s-a întâmplat.

De fapt, această descriere familiară, prezentată în multe filme, cuprinde o mulţime de preconcepţii eronate. Puţini hipnotizatori moderni (sau aproape niciunul) mai folosesc celebrul ceas legănat, dispozitiv introdus de chirurgul oftalmolog scoţian James Braid la jumătatea secolului al XIX-lea. Cu toate că cei mai mulţi dintre hipnotizatori încearcă să-şi calmeze subiecţii în timpul „inducţiei“, această relaxare nu este necesară; oamenii pot fi hipnotizaţi şi în timp ce pedalează cu forţă pe o bicicletă staţionară. Studiile bazate pe electroencefalografie (EEG) confirmă faptul că, în timpul hipnozei, subiecţii nu sunt într-o stare de somn, ci sunt treji, deşi uneori pot fi uşor somnolenţi. Mai mult, ei sunt liberi să reziste la sugestiile hipnotizatorului şi nicidecum nu devin nişte automate lipsite de minte. în sfârşit, cercetările realizate de regretatul psiholog Nicholas Spanos, de la Universitatea Carleton din Ontario, arată că eşecul reamintirii a ceea ce s-a întâmplat în timpul şedinţei de hipnoză sau aşa-numita amnezie posthipnotică nu este un element intrinsec al hipnozei şi în mod tipic apare doar atunci când subiecţilor li se spune dinainte să se aştepte la această amnezie.

Problema conştiinţei

Scena reprezentativă pe care am descris-o mai sus ridică si o întrebare de mai mare

profunzime: Este hipnoza o stare distinctă de conştiinţă? Cei mai mulţi oameni par să creadă acest lucru; într-un sondaj recent, nepublicat, psihologul Joseph Green, de la Universitatea de Stat din Lima, şi colegii săi au constatat că 77% dintre studenţi sunt de acord că hipnoza este o stare modificată de conştiinţă, distinctă de conştiinţa din starea de veghe. Această problemă este de o importanţă ce depăşeşte domeniul academic. Dacă starea hipnotică este diferită de starea obişnuită de conştiinţă — o diferenţă de natură, şi nu de grad —, acest lucru poate sugera că subiecţii hipnotizaţi pot face lucruri pe care le este imposibil să le realizeze în starea normală. De asemenea, ipoteza hipnozei ca stare aparte poate justifica ideea că hipnoza ar fi un mijloc special de reducere a durerii sau de creştere a efectului terapeutic al curelor psihologice şi medicale.

în ciuda descrierii atotprezente în filmele hollwyoodiene a hipnozei ca transă, cercetătorii au avutextrem de mari dificultăţi în identificarea unor indicatori specifici hipnozei, care să o distingă de alte stări de conştiinţă. Legendarul psihiatru american Milton Erickson a susţinut că hipnoza este marcată de câteva trăsături unice, inclusiv de amnezia posthipnotică şi de „literalism“: tendinta de a lua lucrurile literal, cum ar fi a răspunde cu „da“ la întrebarea „Poţi să-mi spui

cât este ceasul?“ Am văzut deja că amnezia posthipnotică nu însoţeşte în mod inerent hipnoza, deci Erickson nu a avut dreptate aici. Mai mult, cercetări realizate de Joseph Green, de psihologul de la Universitatea Binghamton, Steven Jay Lynn, şi de colegii acestora au arătat că subiecţii cei mai înalt sugestibili nu manifestă literalism în timp ce sunt hipnotizaţi; mai mult, participanţii cărora li s-a cerut să simuleze starea hipnotică demonstrează rate chiar mai mari de literalism decât subiecţii înalt sugestibili.

Alţi experţi, precum regretatul psihiatru Martin Orne de la Universitatea Pennsylvania, au susţinut că doar participanţii hipnotizaţi pot să funcţioneze după o „logică de transă“, adică au capacitatea de a gândi două idei contradictorii în acelaşi timp. De exemplu, un hipnotizator îi poate sugera unui subiect că este surd şi apoi să-l întrebe „Mă auzi acum?“ Acesta poate să răspundă „nu“, manifestând astfel o „logică de transă“. Cu toate acestea, cercetările realizate de regretatul Theodore X. Barber, care lucra la acea vreme la Fundaţia Medfield, şi colegii săi au arătat că participanţii cărora li s-a cerut să simuleze hipnoza au manifestat „logica de transă“ la fel de frecvent ca şi cei hipnotizaţi, ceea ce sugerează că logica de transă este o funcţie a aşteptărilor oamenilor mai degrabă decât o componentă intrinsecă a stării hipnotice propriu-zise.

Modificări cerebrale

Totuşi, alti cercetători au încercat să evidenţieze indicatorii fiziologici specifici pentru sugestia hipnotică. Sub hipnoză, electroencefalogramele, în special cele ale participanţilor foarte sugestionabili, manifestă uneori o activitate crescută la nivelul undelor theta (patru până la şapte cicluri pe secundă). în plus, participanţii hipnotizaţi prezintă în mod frecvent o activitate crescută în cortexul cingular anterior.

Totuşi, niciuna dintre aceste descoperiri nu este surprinzătoare. Activitatea undelor theta este în mod tipic asociată cu stări de concentrare tăcută, care însoţesc în mod frecvent hipnoza. Cortexul cingular anterior este legat de percepţia contradicţiilor, ceea ce mulţi participanţi hipnotizaţi experimentează de vreme ce îşi imaginează lucruri (cum ar fi experienţe ale copilăriei percepute în prezent) care par a fi în conflict cu realitatea. De asemenea, psihologii au raportat schimbări cerebrale similare la subiecţi nehipnotizaţi. De exemplu, cortexul cingular anterior se activează în timpul faimoasei sarcini Stroop, în care subiecţilor li se cere să spună ce culoare are cerneala (cum ar fi „verde“) cu care sunt tipărite cuvintele ce desemnează culorile opuse (cum ar fi cuvântul „albastru“). Astfel, aceste modificări cerebrale nu sunt exclusiv specifice hipnozei.

Presupunerea larg răspândită legată de această stare distinctă (de transă) duce la

ideea că hipnoza creşte sugestibilitatea, conducând chiar la o complianţă totală faţă de sugestiile terapeutului. Poate cea mai vie reprezentare a acestui stereotip de zombi apare în spectacolele de hipnoză de iarmaroc, în care oamenilor li se induce, aparent, să latre ca un câine, să cânte karaoke şi să se angajeze în alte comportamente comice sub privirile publicului amuzat.

Totuşi, cercetările arată că hipnoza exercită doar un impact minor asupra sugestibilităţii. Pe scalele standardizate ale sugestibilităţii hipnotice, care le cer participanţilor să se conformeze mai multor sugestii (că un braţ li se ridică singur, de exemplu), creşterea sugestibilităţii ca urmare a inducţiei hipnotice este în mod tipic în jur de 10% sau mai puţin. Mai mult, cercetările demonstrează că nu e nevoie de o inducţie hipnotică formală pentru a produce diversele efectele aparent spectaculoase a hipnozei, cum ar fi reducerea durerii extreme sau unele acrobaţii specifice spectacolelor de hipnoză (de ex., poziţionarea unui participant pe orizontală, sprijinit de spătarele a două scaune). Cele mai multe dintre aceste efecte, dacă nu chiar toate, pot fi obţinute pur şi simplu oferind persoanelor înalt sugestibile suficiente stimulente pentru a le realiza. Hipnotizatorii de spectacol sunt foarte conştienţi de acest mic secret. înainte de a-şi începe numărul, ei sondează mai întâi publicul, căutându-i pe cei înalt sugestibili printr-o serie de sugestii. Apoi îşi aleg participanţii dintre cei

câţiva care se conformează uşor comenzilor hipnotiz atorului.

Suntem de acord cu Lynn şi cu psihologul Irving Kirsch, de la Universitatea Huli din Anglia, care scriau în 1995 că „eşuând în identificarea unor indicatori fiabili ai transei, după cincizeci de ani de cercetări minuţioase, cei mai mulţi cercetători au ajuns la concluzia că această ipoteză [că hipnoza este o stare distinctă de conştiinţă] nu mai e de niciun folos“. Tot mai multe dovezi sugerează că efectele hipnozei provin în mare din aşteptările oamenilor cu privire la ce poate face hipnoza mai degrabă decât din starea hipnotică propriu-zisă. Totuşi, întotdeauna este posibil ca studii viitoare să răstoarne sau cel puţin să contrazică parţial această concluzie. îndeosebi cercetările cu privire la indicatorii fiziologici ai hipnozei pot elucida în ce mod diferă hipnoza de alte stări de conştiinţă. Cu toate că hipnoza ne oferă mistere fascinante încă nedescifrate — care îi vor ţine decenii la rând ocupaţi pe oamenii de ştiinţă —, pare clar că ea are mai multe în comun cu starea de veghe obişnuită decât cu transa indusă de ceasul de buzunar din filmele de suspans de la Hollywood.

Lecturi recomandate

Jamieson, G.A. (2007), Hypnosis conscious States: The cognitive neuroscience

perspective, Oxford: Oxford University Press.

Kirsch, I. & Lynn, S.J. (1995), Altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape, *American Psychologist,* 50(10), 846-858.

Nash, M.R. & Benham, G. (2005), The truth and the hype of hypnosis, *Scientific American Mind, 16(*2), 46-53.

37

Memoria la vârsta înaintată

Nu este o cauză pierdută

Atunci când Mick Jagger a cântat pentru prima dată „What a drag it is getting old“********’ avea douăzeci şi trei de ani. Acum are peste şaptezeci şi ţopăie pe scenă cu energia unui tinerel. Jagger pare să fi găsit secretul pentru a rămâne într-o bună formă fizică pe măsură ce a înaintat în vârstă, dar îmbătrânirea poate fi dificilă pentru psihic. Mulţi adulţi de vârste înaintate se tem de pierderea memoriei şi se îngrijorează că se îndreaptă către demenţă sau Alzheimer. De fiecare dată când îşi uită cheile, lasă usa descuiată sau uită un nume, îşi

7 [7])

reamintesc de această îngrijorare supărătoare,

în cele mai multe cazuri însă asemenea incidente supărătoare fac parte din pierderea normală a memoriei, asociată cu vârsta, şi nu sunt semne ale unei demente iminente.

Cu toate că mulţi dintre adulţii de vârste înaintate cred că acest declin este inevitabil, avem veşti bune pentru o bună parte dintre ei. Cercetătorii au dezvoltat o gamă de metode şi activităţi utile pentru exersarea minţii şi a corpului, care pot ajuta o minte vârstnică să-şi păstreze o condiţie relativ bună. în acest capitol, examinăm cele mai promiţătoare modalităţi de menţinere a memoriei pentru un creier normal ce îmbătrâneşte.

Tipurile de memorie

Memoria nu este o entitate unică. Termenul cuprinde câteva modalităţi de reamintire şi nu toate prezintă declinuri odată cu vârsta. De exemplu, oamenii mai bătrâni îşi păstrează vocabularul, precum şi cunoştinţele generale despre lume (memoria semantică). De asemenea, ei pot realiza în continuare anumite sarcini rutiniere, cum ar fi să facă o omletă sau să scrie la calculator (memorie procedurală), cam la fel de bine ca atunci când erau mai tineri. Oamenii prezintă însă lacune în ceea ce priveşte amintirea evenimentelor recente din viaţa lor (memoria episodică) sau uită de unde au aflat pentru prima dată o informaţie (memoria sursei). De asemenea, pot avea

probleme cu stocarea temporară, de scurtă durată, a informaţiilor (memoria de lucru) şi cu amintirea lucrurilor pe care le au de făcut în viitor (memoria prospectivă).

Memoria prospectivă, mai ales, este o ţintă importantă a tehnicilor de optimizare mnezică, deoarece uitarea sarcinilor care urmează a fi realizate sau a unor programări poate cauza frustrări considerabile sau situaţii jenante. în 2002 psihologul Narinder Kapur, de la Spitalul General Southampton din Anglia, şi colegii săi au revizuit un număr de studii realizate cu privire la eficacitatea mai multor tehnici obişnuite de stimulare a memoriei prospective. Ei au constatat că ajutorul extern, ca scrierea unor liste sau setarea de alarme si notificări în telefonul mobil, poate fi de mare ajutor în reducerea problemelor de memorie, cum ar fi uitarea plăţii facturilor sau a promisiunii de a merge la diferite întâlniri.

O altă strategie de succes presupune asocierea informaţiei care trebuie reamintită cu o imagine, o propoziţie sau un cuvânt. Cu cât asocierea este mai relevantă personal, cu atât este mai probabil să poată fi reamintită, metoda fiind cunoscută sub denumirea de procesare autoreferenţială. De exemplu, dacă trebuie să returnăm o carte la bibliotecă, ne putem imagina pe noi înşine că facem acest lucru. Acronimele pot, de asemenea, să fie de mare ajutor. Prin această metodă, persoana formează un cuvânt nou din iniţialele expresiei

pe care vrea să o ţină minte. Pentru a-şi aminti să cumpere un cadou pentru aniversarea soţiei sale, un bărbat a construit acronimul „BIG“ (mare) pentru „Birthday Gift“ (cadou de ziua de naştere).

în 2008 psihologele Betty L. Glisky, de la Universitatea Arizona, şi Martha L. Glisky, de la Centrul Medical al Spitalului Evergreen, au descris şi alte metode utile pentru îmbunătăţirea memoriei, care presupun procesări vizuale sau semantice. într-una dintre acestea, persoana evocă imagini legate de ceva ce vrea să retină. Pentru a vă reaminti

)

numele „Popa“, vă puteţi imagina un preot ţinând o slujbă în patrafir. Asemenea tactici pot fi de ajutor atâta timp cât nu ajungi să i te adresezi acelui om cu „domnule Patrafir“.

O abordare semantică presupune asocierea cuvintelor cu ceea ce dorim să ne reamintim. De exemplu, la un curs de educaţie muzicală pe care unul dintre autori (Hal Arkowitz) l-a urmat în şcoala elementară, profesorul a cerut clasei să asocieze tema muzicală din suita clasică *Peer Gynt* cuurmătoareafrază destul de prostească: „Dimineaţa se lasă şi Peer Gynt iar cască, şi muzica-i scrisă de Grieg“. Legătura cu această frază a fost concepută, astfel încât să-i ajute pe copii să ţină minte numele compozitorului.

Chiar dacă Glisky şi Glisky au găsit dovezi pentru eficacitatea acestor tehnici vizuale şi

semantice, cele două cercetătoare au avertizat că ameliorările memoriei obtinute în laborator

}

nu se traduc în mod necesar în ameliorări în viata cotidiană, deoarece aceste beneficii depind de oamenii care le practică şi dacă ei folosesc aceste tactici în mod regulat. Această diferenţă de eficacitate poate fi mai mare în cazul strategiilor care necesită un timp şi un efort considerabile pentru a ii învăţate. De asemenea, ameliorările din aria memoriei adesea nu funcţionează la fel pentru toată lumea.

Studiile au găsit un oarecare temei pentru validitatea expresiei „capacităţile neexersate se pierd" *(use it or lose it).* Cu cât ne folosim mai mult memoria — de exemplu, citind, dezlegând cuvinte încrucişate şi jucând jocuri de societate —, cu atât aceasta va fi mai bună, probabil pentru că aceste activităţi implică utilizarea considerabilă a memoriei.

Desigur, cei cu o memorie mai bună pot fi, de asemenea, mai înclinaţi, în mod natural, să-şi exerseze mintea, ceea ce explică unele asocieri dintre memoria bună şi cantitatea de stimulare cognitivă (dar probabil că nu pe toate).

Minte sănătoasă în corp sănătos

Dacă Jagger este cel puţin la fel de apt fizic precum arată, şi mintea lui probabil că urmează acelaşi tipar. Unele studii au constatat că nivelul ridicat de exerciţii aerobice este

Î

asociat cu o memorie mai bună la adulţii în vârstă. Cu toate că multe dintre aceste studii nu demonstrează că exerciţiile fizice aerobice cauzează ameliorări ale memoriei, există unele care sugerează totuşi o conexiune cauzală. în studiul de sinteză din 2003, realizat de psihologul Stanley Colcombe, de la Universitatea Illinois din Urbana-Champaign, şi de colegii săi, pornind de la optsprezece studii controlate care abordau această asociere, ei au constatat că gimnastica aerobică într- adevăr duce la ameliorări ale memoriei.

Activitatea aerobică susţinută poate să nu fie singurul mod în care să ne păstrăm mintea agilă şi memoria ascuţită. într-un studiu publicat în 2011, neurologa Ruth Ruscheweyh, de la Universitatea Miinster din Germania, şi colegii ei au evaluat activitatea fizică a 62 de adulţi vârstnici timp de 6 luni. Chestionarul aplicat includea atât gimnastica organizată, cât şi rutinele zilnice, precum mersul pe jos până la serviciu, urcatul scărilor şi grădinăritul. Cercetătorii au corelat creşterile raportate ale activităţii fizice, indiferent de tipul ei, cu ameliorări ale memoriei episodice la sfârşitul celor 6 luni. Cu cât au crescut mai mult nivelurile de activitate, cu atât mai stimulată a fost memoria. Astfel, menţinerea activităţii

fizice prin exerciţii regulate, pe lângă treburile şi sarcinile zilnice, poate fi cea mai bună reţetă pentru revigorarea puterii de reamintire. (Pentru mai multe informaţii despre conexiunea dintre exerciţiile fizice si

performanţele mentale la vârste înaintate, vedeţi art. „Fit Body, Fit Mind?“, de Christopher Hertzog, Arthur F. Kramer, Robert S. Wilson, şi Ulman Lindenberger, *Scientific American Mind,* iulie-august 2009.)

Cercetările sugerează că multe tehnici de memorare, precum şi stilul de viaţă activ din punct de vedere fizic şi mental pot îmbunătăţi memoria la adulţii vârstnici. Avem totuşi un drum lung de făcut înainte de a găsi metode foarte eficiente, dar, dat fiind interesul mare pentru acest domeniu, ne aşteptăm la progrese mari în viitorul apropiat.

Lecturi recomandate

Draaisma, D. (2013), *The nostalgia factory: Memory, time and ageing,* New Haven: Yale University Press.

Glisky, E.L. & Glisky, M.L. (2008), Memory rehabilitation in older adults, în D. Tuss, G. Winocur & I. Robertson (coord.), *Cognitive neurorehabilitation: Evidence and applications* (ed. a 2-a) (pp. 541-562), Cambridge, Cambridge University Press.

Winningham, R. (2009), Train your brain: How to maximize memory ability in older adults, Amityville: Baywood Publishing Company.

********** E nasol să îmbătrâneşti *(N.t.)***

Partea a IX-a

Psihoterapia şi alte abordări axate pe schimbare

Introducere

Cu mai multe decenii în urmă, psihoterapia era mai mult o artă decât o stiintă. Mulţi terapeuţi se bazau pe intuiţiile proprii şi pe semnalele propriului corp şi pur şi simplu făceau ceea ce credeau ei că ar fi cea mai bună cale de a-i ajuta pe clienţi să se schimbe. Existau prea puţine cercetări sau niciuna care să-i ghideze către metodele cele mai eficiente pentru diversele probleme. Apoi, cu aproximativ patruzeci de ani în urmă, cercetătorii din domeniul psihologiei clinice şi psihiatriei şi-au îndreptat atentia către studiile de cercetare, ca

obiectiv stabilirea gradului de eficacitate al diferitelor psihoterapii. Ca rezultat, acum avem date solide cu privire la terapiile care funcţionează rezonabil de bine pentru o largă varietate de probleme. Dar tot mai avem cale lungă de străbătut.

Unii terapeuţi susţin că metoda lor preferată este superioară altora. Alţii cred că cele mai multe saucă toateterapiile sunt la fel de eficiente datorită elementelor pe care le au în comun, cum sunt empatia, susţinerea şi feedbackul. Care viziune este cea corectă? Contează ce tip de terapie face o persoană? în această secţiune a cărţii examinăm această dezbatere şi aflăm nişte adevăruri cu privire la ambele puncte de vedere.

Psihoterapia este deseori folosită în asociere cu alte metode, cel mai adesea cu medicamentele psihotrope. Dovezile sugerează că în multe cazuri de depresie această combinaţie poate ii mai eficientă decât fiecare dintre metode aplicate separat. Un alt tratament folosit uneori în asociere cu psihoterapia este utilizarea animalelor domestice. Unii psihologi susţin că terapia asistată de animale (TAA) poate fi mai eficientă decât psihoterapia fără asistenţa animalelor. Asa să fie oare? în această secţiune aruncăm o privire mai în detaliu asupra acestei chestiuni.

Oamenii cu probleme caută adesea ajutor din alte surse decât psihoterapia, aşa cum sunt de pildă cărţile de autoajutorare. Vânzările acestor

cărţi ating milioane de dolari în fiecare an, câteva mii de cărţi noi fiind publicate anual. Unele persoane tulburate găsesc ajutor în aceste cărţi, dar mulţi psihoterapeuţi le folosesc şi ei ca parte a metodei lor de tratament. Frecvent, autorii cărţilor de autoajutorare fac aprecieri nerealiste cu privire la capacitatea de vindecare a unei persoane care va urma întocmai sfaturile pe care le dau ei. în această secţiune vom afla dacă aceste cărţi au vreo valoare în a-i ajuta pe oamenii care suferă de afecţiuni psihice.

Oamenii adesea apelează şi la alte surse de ajutor pentru problemele personale: la psihologii de la TV, cum ar fi Dr. Phil. Emisiunile lor atrag audienţe imense, mulţi oameni crezând fără umbră de îndoială că ei folosesc principii terapeutice valide şi metode care sunt de ajutor pentru invitaţii lor. De obicei, aceste celebrităţi intră în contact cu un individ, cu un cuplu sau cu o familie care caută ajutor pentru probleme psihologice. Cei mai mulţi folosesc o metodă foarte directivă si le spun oamenilor ce trebuie să schimbe şi cum să procedeze — este ceea ce numim metoda *just do it* — „fapte, nu vorbe“. Unii oameni din public iau în serios această metodă şi o folosesc pentru ei înşişi, precum şi pentru prietenii şi membrii familiilor lor. Sunt de ajutor aceşti psihologi de pe ecrane? Sunt metodele pe care le folosesc ei validate de cercetări?

Mulţi oameni îşi formează propria impresie cu privire la modul de lucru al terapeuţilor din media, în special de la televizor şi din filme. La fel ca în cazul psihologilor de la TV, publicul larg şi-i reprezintă pe specialiştii din sănătatea mentală ca fiind atoateştiutori şi omnipotenţi. Pe de altă parte, avem şi acele descrieri din media ale psihoterapiei în care pacientul stă întins pe o canapea în timp ce terapeutul încearcă să ajungă la „rădăcinile“ inconştiente de demult ale problemei, vorbind foarte puţin în acest proces. Cât de eficiente sunt astfel de abordări?

Miturile discutate în această secţiune au un impact practic asupra celor care cred în ele. Aceste mituri transmit informaţii eronate despre psihoterapie, care îi pot determina pe oameni să evite psihoterapia de care au nevoie sau să solicite psihoterapie pornind de la aşteptări nerealiste. în această secţiune, examinăm câteva întrebări despre psihoterapie si metodele asociate cu aceasta.

- Sunt toate terapiile la fel de eficiente?
- Eficacitatea diferitelor psihoterapii se datorează elementelor pe care le au în comun, precum empatia şi susţinerea, sau factorilor specifici diferitelor abordări?
- Este psihoterapia asistată de animale mai eficientă decât psihoterapia unu-la-unu?

- Adăugarea medicaţiei creşte eficacitatea psihoterapiei?
- Cât de mult ajută cărţile de self-help?
- Cât de mult ajută psihologii de pe ecrane?
- Cât de corecte sunt reprezentările psihoterapiei în media?
- De ce uneori oamenii sunt rezistenţi la schimbare, deşi ştiu că, dacă o fac, şi-ar îmbunătăţi calitatea vieţii?

38

Toate psihoterapiile sunt la fel?

Multe întrebări pot apărea în mintea unui potenţial client care caută un psihoterapeut. Cât de experimentat este terapeutul? I-a mai ajutat oare şi pe alţi oameni cu probleme ca a mea? Este el sau ea o persoană cu care pot comunica? Dar s-ar putea ca acelui client să nu- i vină în minte întrebarea: Ce tip de terapie face acest specialist? Oamenii adesea presupun că orientarea terapeutică este irelevantă

pentru eficacitatea tratamentului. Este aceasta o presupunere corectă?

Psihologii nu au căzut de acord cu privire la întrebarea dacă „şcoala“ de terapie poate prezice eficacitatea unei terapii. într-un sondaj din 2006, realizat de psihologii Charles Boisvert, de la Colegiul Rhode Island, şi David Faust, de la Universitatea Rhode Island, cercetători în psihoterapie au evaluat afirmaţia: „în general, terapiile ajung la rezultate similare“, cu un scor mediu de 6 pe o scală de la 1 la 7 puncte, ceea ce indică un acord puternic. Dimpotrivă, psihologii practicaţi au acordat o medie de 4,5 puncte, ceea ce înseamnă că sunt doar moderat de acord cu această afirmaţie. Aşa cum vom descoperi, ambele tabere îşi pot argumenta punctul de vedere.

Cu toate că mai multe psihoterapii folosite în mod obişnuit sunt, în mare, comparabile ca efect, unele opţiuni sunt mai puţin potrivite pentru anumite tulburări, putând fi chiar dăunătoare. în plus, diferenţele dintre terapii, în ceea ce priveşte eficacitatea lor, pot depinde, în parte, de tipul de probleme psihologice care îi afectează pe clienţi.

Povestea păsării dodo

Există cel puţin cinci sute de tipuri diferite de psihoterapie, conform unei estimări realizate de psihologul John Norcross, de la Universitatea Scranton. Dat fiind că cercetătorii nu le pot

investiga pe toate, ei s-au concentrat în general pe metodele cel mai frecvent folosite. Acestea includ terapia comportamentală (modificarea comportamentelor nesănătoase), terapia cognitiv-comportamentală (modificarea modurilor de gândire dezadaptative), terapia psihodinamică (rezolvarea conflictelor interne inconştiente şi procesarea experienţelor nefericite din copilărie), terapia interpersonală (remedierea modurilor nesănătoase de interacţiune cu alţii) şi terapia centrată pe persoană (ajutorul dat clienţilor pentru a-şi găsi propriile soluţii pentru problemele din viaţa lor).

încă din 1936, psihologul Saul Rosenzweig, de la Universitatea Washington, a conchis, după ce a revizuit cercetările pe această temă, că orice terapie funcţionează la fel de bine ca oricare alta. La acea vreme, multe dintre principalele tratamente se încadrau, în mare, în categoriile psihodinamică şi comportamentală, care sunt şi astăzi folosite pe scară largă. Rosenzweig a introdus metafora păsării dodo, după creatura cu pene din povestirea *Alice în ţara minunilor* a lui Lewis Carroll, care declara, după un concurs, că „toţi au câştigat şi toţi trebuie să fie premiaţi“. Expresia „verdictul păsării dodo“ a ajuns de atunci să se refere la opinia că toate terapiile au acelaşi efect.

Acest verdict a dobândit fundamentare în 1975, atunci când Lester Luborsky, psiholog la Universitatea Pennsylvania, şi colegii săi au

publicat o revizuire a cercetărilor relevante, care sugera că toate terapiile funcţionează la fel de bine. Ideea a căpătat şi mai multă forţă în 1997, atunci când psihologul Bruce E. Wampold, de la Universitatea Wisconsin-Madison, şi coautorii au publicat o metaanaliză (o revizuire cantitativă) a mai mult de 200 de studii ştiinţifice, în care

terapiile *bona fide* (genuine) erau comparate cu

absenţa oricărui tratament. Prin terapii *bona fide,* ei înţelegeau tratamente oferite de terapeuţi calificaţi, bazate pe principii psihologice solide şi descrise în publicaţii. Echipa lui Wampold a constatat că diferenţele de eficacitate dintre tratamente sunt minime (si că toate sunt mai bune decât absenta

tratamentului).

O explicaţie a „efectului păsării dodo“ este că, practic, toate tipurile de psihoterapie au în comun nişte trăsături importante. într-o carte clasică din 1961, regretatul psihiatru Jerome Frank, de la Universitatea Johns Hopkins, argumenta că toate terapiile eficace presupun roluri clar prescrise pentru vindecător şi pentru client. Ele le prezintă clienţilor raţionalizări teoretice plauzibile şi le oferă ritualuri terapeutice specifice, scria el. De asemenea, se desfăşoară intr-un cadru, de obicei un cabinet confortabil, asociat cu ameliorarea suferinţei. Autorii de mai târziu au

continuat pe linia lui Frank, susţinând că

terapiile eficace necesită empatie din partea clinicianului, o relaţie apropiată între specialist şi client şi obiective terapeutice comune.

Astăzi, mulţi autori susţin că aceste elemente comune şi altele sunt chiar mai puternice decât caracteristicile care fac diferenţa între o terapie şi alta. Ca să luăm doar un exemplu, Wampold a conchis într-o analiză din 2001 că alianţa terapeutică — forţa legăturii dintre terapeut şi client — explică circa 7% din eficacitatea terapeutică, în timp ce şcoala terapeutică vine cu o influenţă de doar 1%. Cea mai mare parte din restul de 92% se presupune că este cauzată de alţi factori, cum ar fi personalitatea terapeutului şi cea a clientului.

A dispărut pasărea dodo?

Cu toate că cei mai mulţi cercetători sunt de acord că factorii comuni joacă roluri-cheie în psihoterapie, unii se îndoiesc cu privire la faptul că toate metodele sunt la fel de eficiente. Chiar şi Wampold a făcut observaţia că rezultatele sale se verifică doar pentru tratamentele *bona fide* şi nu se extinde la toate cele cinci sute sau peste cinci sute de terapii. De exemplu, puţini experţi ar susţine că terapia prin renaştere (*r*), care pleacă de la îndoielnica premisă conform căreia trebuie să-ti „retrăiesti“ trauma naşterii pentru a-ţi vindeca nevroza, funcţionează la fel de bine ca terapia cognitiv-comportamentală pentru majoritatea afecţiunilor psihice.

Mai mult, cercetările sugerează că, inclusiv printre terapiile larg acreditate, tipul de tratament contează în anumite circumstanţe. Un studiu de sinteză din 2001, realizat de psihologii Dianne Chambless, de la Universitatea Pennsylvania, şi Thomas Ollendick, de la Institutul Politehnic din Virginia, a dezvăluit că terapia comportamentală şi cea cognitiv-comportamentală sunt mai eficiente decât cele mai multe tratamente pentru tulburări de anxietate şi depresie sau pentru problemele de comportament la copii şi adolescenţi. Mai mult, într-o metaanaliză din 2010, psihologul David Tolin, de la Institutul pentru Cercetarea Stilului de Viaţă din Hartford, Connecticut, a constatat că aceste două tipuri de terapie dau rezultate mai bune decât terapia psihodinamică în cazurile de anxietate şi în cele de tulburări de dispoziţie.

„Verdictul păsării dodo“ este limitat şi de dovezile care arată că există câteva terapii folosite pe scară largă, dar care nu
funcţionează si mai mult dăunează. De
> >
exemplu, într-un studiu de sinteză din 2003, psihologul Richard McNally, de la Universitatea Harvard, şi colegii săi au evaluat tehnica debriefingului psihologic în condiţii de criză. Prin acest tratament de înlăturare a simptomelor de stres posttraumatic, terapeuţii îi îndeamnă pe cei expuşi la evenimente supraîncărcate emoţional, cum ar ii

împuşcături sau cutremure, să încerce să retrăiască sentimentele pe care le-au avut în timpul evenimentului la puţin timp după întâmplare. Echipa lui McNally a conchis că acest tratament este ineficace, dacă nu chiar dăunător, din cauză că interferează cu mecanismele de adaptare ( ) naturale.

În lumina acestor descoperiri, căutarea unui terapeut trebuie, cel puţin uneori, să presupună o verificare a tipului de tratament pe care acesta îl practică. Este adevărat că unele ingrediente, precum empatia, care se regăseşte în toate terapiile eficiente, sunt de efect şi că diferite tehnici acreditate sunt la fel de influente pentru o gamă largă de dificultăţi. Totuşi, în anumite circumstanţe, orientarea terapeutică specifică poate conta. De exemplu, dacă specialistul adoptă o abordare din afara celor larg acceptate şi validate empiric — una care nu se înscrie în categoriile largi pe care le-am enumerat aici —, nu trebuie presupus că acest tratament va fi de acelaşi ajutor ca altele. Dacă suferi de o tulburare de anxietate sau de una dintre celelalte afecţiuni pentru care intervenţiilecomportamentale şi cognitiv-comportamentale funcţionează bine, atunci a alege să lucrezi cu cineva care practică aceste două tipuri de psihoterapie este probabil o alegere mai bună.

Desigur, oamenii de ştiinţă au evaluat sistematic doar un număr mic de psihoterapii dintre cele create până acum, pentru a urmări

eficacitatea lor întratarea numeroaselor tulburări psihice care afectează omenirea. în deceniul următor, sperăm ca noi studii de cercetare să clarifice dacă tipul de terapie are o influenţă anume asupra vindecării unui individ de suferinţa sa psihică.

Lecturi recomandate

Hunsley, J. & Di Guilio, G. (2002), Dodo bird, phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence, *Scientific Review of Mental Health Practice,* 1(1), 11-22.

Wampold, B.E. & Imel, Z. (2015), The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychology work, New York: Routledge.

39

Cărţile de self-help chiar sunt de ajutor?

Aţi cumpărat vreodată o carte de autoajutorare? Dacă da, sunteţi la fel ca majoritatea americanilor. Numai în anul 2003 editurile din SUA au scos mai mult de 3 500 de titluri noi de autoajutorare, vânzările atingând peste 650 de milioane de dolari. Mulţi dintre cumpărători nu pot sau nu vor să meargă la psihoterapie, deşi sondajele realizate de John C. Norcross, de la Universitatea Scranton, şi de alţii indică faptul că 80% dintre psihoterapeuţi, deci majoritatea, le recomandă pacienţilor lor

astfel de cărţi. Cât de bine îşi ating scopul cărţile de autoajutorare?

Autorii cărţilor de self-help fac adesea promisiuni grandioase, care stârnesc scepticismul. Să ne gândim la titlul volumului de mare succes al lui Anthony Robbins: *Trezeşte uriaşul din tine. Cum să preiei imediat controlul destinului tău mental, emoţional, fizic şi financiar!* (Act şi Politon, 2017). Supracoperta cărţii originale îl descrie pe Robbins ca pe un „expert recunoscut în psihologia schimbării“. Totuşi, el nu are niciun fel de pregătire formală în sănătatea mentală. Si cu alte ocazii Robbins

î

a stârnit ridicări din sprâncene, ca atunci când a afirmat că poate vindeca o problemă psihică într-o singură şedinţă, că poate face pe cineva să se îndrăgostească de tine în cinci minute şi chiar că poate resuscita persoane aflate în moarte cerebrală. (Dacă va face acest lucru cu destul de mulţi oameni, s-ar putea să vândă şi mai multe cărţi.)

Chiar şi autori care au calificarea de psiholog nu sunt imuni la hiperbole. Wayne Dyer, consilier-psiholog, a scris *YouTl See It When You Believe It: The Way to Your Personal Transformation********* (Harper Paperbacks, 2001). Supracoperta promite că, „prin credinţă, poţi face visurile imposibile să devină realitate, să transformi obstacolele în oportunităţi, să scapi de vinovăţie şi de agitaţia interioară şi să-ţi petreci fiecare zi făcând ceea ce-ţi place să faci“. E o treabă bună dacă îţi iese. Cu privire la

timpul, banii şi efortul pe care le cheltuie cumpărătorii acestor materiale, fără să menţionăm speranţele pe care ele le hrănesc, este uimitor cât de puţine lucruri ştie o persoană obişnuită despre eficacitatea acestor cărţi. Mai mult, aşa cum observă psihologul clinician Gerald M. Rosen, de la Universitatea
Washington, organizaţiile psihologice profesionale fac prea puţin pentru a educa publicul cu privire la punctele tari şi slabe ale autoajutorării. Totuşi, unii cercetători au realizat studii edificatoare cu privire la efectele cărţilor de self-help, adică ale „biblioterapiei“, cum o numesc ei.

în mod tipic, cercetătorii recrutează participanţi cu o problemă specifică (precum depresie, atacuri de panică sau obezitate). Măsoară obiectiv problema înainte şi după biblioterapie şi compară datele obţinute cu un grup care nu citeşte nicio carte şi nu face niciun alt tratament (grupul „de „control); perioada de intervenţie durează de obicei între 4 şi 12 săptămâni. Unele studii compară, de asemenea, biblioterapia cu psihoterapia fată-în-fată.

> J

Rezultatele demonstrează că în general biblioterapia duce la îmbunătăţiri mai mari ale
sănătăţii mentale decât absenta oricărui

> î

tratament şi adesea are beneficii egale cu cele obţinute din psihoterapie. înainte de a te conecta pe Amazon.com sau de a te grăbi la librărie însă, mai stai puţin ca să vedem care

sunt limitările acestei cercetări.

Eşantionul mic. A fost evaluat doar un procent infim de cărţi de autoajutorare; un eşantion mai mare ar putea demonstra efecte diferite.

Probleme mici. Multe studii au folosit subiecţi > cu probleme relativ minore (cum ar fi o frică uşoară de a vorbi în public), care se pot preta mai bine la strategiile de autoajutorare decât problemele grave.

Rezultate neuniforme. Ameliorările apar la unele persoane, dar nu la toate, şi mulţi din cei care se fac bine rămân în continuare cu simptome semnificative.

Condiţiile studiului generează un succes mai mare. Voluntarii participanţi la studiu pot fi mai motivaţi decât persoanele care doar răsfoiesc cărţile la întâmplare în librărie sau în aeroport. Subiecţii pot fi încurajaţi în mod deosebit să citească acea carte, întrucât cercetătorii adesea îi sună pentru a le monitoriza evoluţia. (Pe de altă parte, unul dintre autori [Hal Arkowitz] are de mai mult de treizeci de ani o carte de autoajutorare, intitulată *How to Get Control ofYour Time and Your Life*********.* încă nu a găsit timp s-o citească. Poate că ar trebui să participe şi el la unul dintre studiile acestea.)

Tratamente combinate. Un studiu de sinteză a constatat că participanţii la studiul privind biblioterapia s-au întâlnit şi cu terapeuţi timp de 36 de minute în medie săptămânal, ceea

ce face dificilă separarea efectelor pozitive datorate psihoterapiei de cele datorate biblioterapiei.

Caseta 39-1 Utilizarea înţeleaptă a cărţilor de autoajutorare

- Alegeţi cărţi bazate pe cercetări sau pe principii psihologice valide în ceea ce priveşte căile de schimbare. Verificaţi dacă autorul face referiri la cercetări publicate care să îi susţină argumentele. Printre cărţile care au fost utilizate cu efecte bune în studiile de biblioterapie se numără: *Feeling Good: The New Mood Therapy*********^ de David D. Burns (Avon, 1999); *Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think*********. de Dennis Greenberger şi Christine Padesky (Guilford Press, 1995) şi *Coping With Panic: A Drug-Free Approach to Coping with Anxiety Attacks********* de George Clum (Self Change Systems, 1999).

- Verificaţi referinţele cu privire la autor. Autoproclamarea ca specialist (sau apariţia în emisiunea *Oprah*) nu face din nimeni un specialist.
    - Aveţi grijă la cărţile care fac promisiuni pe care este evident că nu le pot îndeplini, cum ar fi vindecarea unei fobii în cinci minute sau repararea unei căsnicii eşuate într-o săptămână. în mod tipic, aceste cărţi se bazează pe

prejudecăţile şi preferinţele personale ale autorului mai degrabă decât pe principii psihologice valide.

- Aveţi grijă la autorii care oferă soluţii „bune la toate". De exemplu, o carte care vă spune să vă exprimaţi întotdeauna furia faţă de partener nu ţine cont de complexitatea persoanelor implicate şi de condiţiile specifice ale căsniciei respective.
- Dacă problema este una gravă — cum ar fi o depresie clinică, o tulburare obsesiv-compulsivă sau schizofrenie —, este mai bine să apelaţi la tratament de specialitate decât să citiţi o carte de autoajutorare.

Speranţe false. Unele cărţi de autoajutorare nu reuşesc să ofere lucrurile exagerate pe care le promit. în consecinţă, cititorii pot percepe lipsa schimbării ca pe un eşec personal şi se pot considera pe ei înşişi nişte cazuri fără speranţă („sindromul speranţelor false"). Atunci când nu le sunt îndeplinite aşteptările nerealiste privind schimbarea de sine, oamenii se simt frustraţi şi descurajaţi, iar unii dintre ei renunţă chiar să mai încerce să se schimbe.

Chiar şi atunci când autoajutorarea funcţionează, poate să nu funcţioneze la fel ca psihoterapia. Această posibilitate a fost

examinată într-un studiu de sinteză realizat în 2007 de Marisa Menchola, împreună cu colegul Arkowitz, de la Universitatea Arizona, şi cu Brian Burke, de la Colegiul Fort Lewis. Spre deosebire de revizuirile anterioare ale cercetărilor existente, această sinteză a inclus doar studii în care contactul cu un terapeut sau cercetător a fost minim si în care subiecţii

j **î**

sufereau de tulburări grave, cum ar fi depresia majoră sau tulburarea de panică. în mare, biblioterapia a fost mai bună decât niciun tratament, dar psihoterapia a fost totuşi superioară biblioterapiei. Anumite cărţi de autoajutorare pot fi resurse valoroase pentru schimbarea personală, mai ales dacă cititorii urmează cele câteva idei simple menţionate în Caseta 39.1. Faimoasa expresie latină rămâne totuşi valabilă: *Caveat emptor!* („Cumpărătorule, ai grijă!“)

Lecturi recomandate

Menchola, M., Arkowitz, H. & Burke, B. (coord.) (2007), Efficacy of self-administered *treatments for depression and anxiety. Professional Psychology: Research and Practice, 38, 421-429.*

Rosen, G.M., Glasgow, R.E., Moore, T.M. & Barrera, M. (2015), Self-help therapy: Recent developments in the science and business of giving psychology away, in S.L. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (coord.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 245-

274). New York: Guilford Press.

Scogin, F.R. (coord.) 2003, The status of self-administered treatments [Special section], *Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 247-349.

3#C -sfc 3|c -sfc 3#C -sfc 3|c

--------- *Vei vedea atunci când vei crede. Calea către transformarea ta personală (N.t.)*

---------*Cum să obţii controlul asupra timpului şi vieţii tale (N.t.)*

---------*Să te simţi bine. Noua terapie a stării de dispoziţie (N.t.)*

--------- *Mintea controlează afectele. Schimbă ce simţi, schimbând ce gândeşti (N.t.)*

---------*Gestionarea panicii. O metodă fără medicamente de gestionare a atacurilor de anxietate (N.t.)*

40

Capcana metodei Just Do It!“ („Fapte, nu vorbe!“)

Sau de ce Dr. Phil şi Dr. Laura nu vă vor rezolva problemele

O femeie căsătorită de paisprezece ani telefonează în direct, la radio, şi intervine în emisiunea Dr. Laura. Ascultătoarea spune că recent a realizat că ea nu a fost niciodată iubită de soţul ei şi îi povesteşte Dr. Laura că i-a spus acest lucru şi soţului ei. Cuplul merge la

consiliere maritală, dar, aşa cum rezultă dintr-o înregistrare de pe YouTube a episodului respectiv, Dr. Laura îi spune femeii care a sunat că această consilieră este inutilă, din cauza atitudinii femeii. Conversaţia continuă asa:

Dr. Laura: Ce întrebare aveţi pentru mine?

Apelanta: Ce fel de sfat puteţi să-mi daţi ca să încerc să...?

Dr. Laura (întrerupând-o): Prea târziu, acum e prea târziu, v-aţi purtat cu cruzime.

Apelanta: Atunci...

Dr. Laura (întrerupând-o din nou): încercaţi să vă cereţi iertare, fiind bună cu el în fiecare zi. Poate că aveţi probleme doar la capitolul „a simţi compasiune pentru cineva“.

într-un episod al emisiunii TV a Dr. Phil, care a debutat pe 1 aprilie 2009, Dr. Phil vorbea cu o invitată care îi cerea un sfat, pentru că se înfuria foarte tare pe copii şi uneori îi lovea. Răspunsul lui: „Ştiu că puteţi să vă opriţi. Puteţi să vă abţineţi pentru că vă puteţi controla fată de alti oameni... Dacă vreţi, o să si puteţi...“

Participanţii la emisiunile Dr. Laura (Schlessinger) şi Dr. Phil (McGraw) caută ajutor pentru o diversitate de probleme personale, iar sfaturile oferite de gazde ajung la o mulţime de oameni. în 2010 emisiunea interactivă realizată de Dr. Laura a atras mai mult de 9 milioane de ascultători pe săptămână. Cam în aceeaşi

perioadă, Dr. Phil atrăgea în mare cam 4 milioane de spectatori pe emisiune. Totuşi, niciunul dintre ei nu a pretins că ceea ce face ar fi psihoterapie. Mai mult, opiniile exprimate în mod obişnuit atât de Schlessinger, cât şi de McGraw cu privire la necazurile oamenilor contrazic mare parte din literatura psihologică, ceea ce sugerează că recomandările lor cu greu ar putea funcţiona şi că ar putea fi chiar dăunătoare.

Cu toate că Schlessinger are o acreditare, în California, pentru consiliere maritală şi pentru lucrul cu copii şi familii, ea a făcut un doctorat în fiziologie, nu în psihologie, ceea ce face ca utilizarea titlului de „Doctor“ drept calificare pentru a le da sfaturi oamenilor să fie, de fapt, o inducere în eroare. McGraw are un doctorat în psihologie şi a avut ca psiholog drept de practică în Texas până în anul 2006, după care nu şi-a mai reînnoit acreditarea.

Blamarea victimei

McGraw şi Schlessinger au dreptate când subliniază responsabilitatea personală şi descurajează blamarea altora pentru problemele personale. Totuşi, deseori ei duc responsabilizarea individuală la extremă, dând de înţeles că oamenii sunt vinovaţi pentru toate dificultăţile pe care le întâmpină, deşi, în realitate, la problemele psihologice pot contribui semnificativ şi factori, precum moştenirea genetică, istoria personală şi

circumstanţele actuale. Accentuarea mai presus de orice a controlului personal îi poate descuraja pe oameni să identifice problemele externe sau contextele care pot contribui la problemele lor şi care ar putea fi schimbate.

Un alt dezavantaj al stilului lui Schlessinger şi McGraw este lipsa lor de empatie, lipsa dorinţei de a înţelege gândurile, sentimentele şi chinul unei alte persoane, din perspectiva acelei persoane. Schlessinger petrece de obicei doar câteva minute cu o persoană care sună în emisiune, întrerupând-o frecvent şi uneori referindu-se în termeni derogatori la comportamentul persoanei respective, cum ar fi utilizarea apelativului „prost/proastă". Sfatul ei, în cuvinte dure, este de obicei bazat pe vederile ei sociale şi religioase conservatoare şi adesea neglijează multe dintre problemele specifice cu care se confruntă apelantul. McGraw petrece în mod tipic ceva mai mult timp ascultând, dar ajunge relativ repede la concluzii despre cauzele şi soluţiile pentru problemele invitatului, demonstrând, şi el, puţină apreciere faţă de complexitatea vieţii oamenilor.

Cercetări recente sugerează că lipsa de empatie este un handicap atunci când încerci să-i ajuţi pe oamenii cu probleme psihologice sau sociale. într-o revizuire cantitativă din 2002 a mai multor studii, psihologul Arthur Bohart, care lucra pe atunci la Universitatea de Stat California — Dominguez Hills, împreună cu colegii săi a găsit o corelaţie între nivelul înalt

de empatie al terapeuţilor şi rezultatele de succes ale pacienţilor lor. într-un studiu din 1992, psihiatrul David Burns, pe atunci la Facultatea de Medicină a Universităţii Pennsylvania, şi colegii săi au folosit tehnici statistice avansate pentru a distinge între cauze si efecte si au constatat că abilitatea terapeutului de a empatiza nu doar că este corelată cu progresul pacientului, dar şi contribuie efectiv la acel progres. Empatia este piatra de hotar în psihoterapie, atât pentru că terapeuţii au nevoie de ea pentru a oferi îndrumări relevante, cât şi pentru că pacienţii beneficiază de pe urma faptului că se simt cu adevărat înţeleşi.

Generarea rezistentei

în loc să încerce să-şi înţeleagă invitaţii, deseori Schlessinger şi McGraw îi confruntă pe aceştia, fiind directivi şi autoritari, spunându- le oamenilor ce să facă sau ce să nu facă, desi au relativ puţine informaţii de la cei cărora le adresează instrucţiunile lor. De exemplu, Dr. Phil i-a spus unui tânăr de nouăsprezece ani care se gândea să se căsătorească cu o femeie de treizeci de ani, cu doi copii, după o perioadă foarte scurtă de când se cunoscuseră: „în mod absolut si fără echivoc, nu trebuie să faci asta!“

Chiar dacă spectatorii vor încuviinţa la aceste sfaturi, numeroase studii arată că stilul directiv al terapeutului îi poate face pe mulţi să se

opintească şi chiar să-şi agraveze problema psihică. în 1985, psihologii Gerald Patterson şi Marion Forgatch, de la Centrul de învăţare Socială, din Oregon, au conchis că directivele date de terapeuţii care le învăţau pe mame cum să se comporte cu copiii dificili generau şi mai multe reacţii de rezistenţă din partea mamelor, spre deosebire de o consiliere suportivă, care presupunea încurajarea blândă a mamelor şi credinţa în capacitatea copilului de a se schimba. într-un studiu din 1993, psihologul William R. Miller, de la Universitatea New Mexico, şi colegii săi au constatat că terapeuţii care foloseau mai multe replici directive şi confruntaţionale generau o mai mare opoziţie din partea clienţilor lor cu probleme de consum de alcool. în plus, cu cât terapeuţii erau mai directivi, cu atât clienţii consumau

7 y

mai mult alcool la un an după terapie.

Cei mai mulţi psihoterapeuţi ştiu că nu e de niciun ajutor să le spună franc oamenilor să înceteze comportamentul-problemă şi că, în realitate, nu există niciun fel de date care să arate că cineva ar fi beneficiat de pe urma sfaturilor primite de la Schlessinger sau McGraw. După o examinare minuţioasă a literaturii de specialitate şi a informaţiilor de pe internet, nu am găsit niciun studiu de urmărire a participanţilor, fie formal, fie informai.

întrucât practicile lui Schlessinger şi McGraw nu au nicio bază, credem că aceşti

7

y

celebri moderatori de emisiuni radio sau TV trebuie să demonstreze că nu cauzează daune celor pe care îi sfătuiesc în direct. A numi ceea ce fac ei „divertisment“ sau „educaţie“ nu îi exonerează de această cerinţă. Ambele

y

emisiuni oferă reprezentări incorecte ale modului în care specialiştii în sănătatea mentală îi înţeleg şi îi ajută pe oameni. Cele mai multe probleme psihice nu vin doar dintr-o lipsă de autocontrol şi nu pot fi schimbate prin simple directive. O asemenea credinţă îi poate face pe milioane de oameni să ignore cauze biologice sau sociale importante ale problemele lor şi să nu reuşească să găsească tratamentele eficiente de care au nevoie.

Lecturi recomandate

Elliot, R., Bohart, A.C., Watson, J.C. & Greenberg, L.S. (2011), Empathy, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice,* 48,43-49.

Salerno, S. (2005), SHAM: How the self-help movement made America helpless, New York: Crown Publishers.

41

Terapia cu animale funcţionează?

în 1857, romancierul britanic George Eliot scria: „Animalele sunt prieteni tare plăcuţi. Nu- ţi pun nicio întrebare şi nu te critică niciodată“. Deci nu este o surpriză că, de mult timp, oamenii de ştiinţă au fost intrigaţi de posibilitatea ca animalele să posede puteri terapeutice încă nedescoperite. Dar pot ii animalele benefice pentru sănătatea noastră psihică şi fizică? Altfel, spus ne pot aduce vindecare, ca animale de companie sau ca „terapeuţi“?

Cei mai mulţi dintre americani sunt iubitori de animale; circa 63% dintre gospodăriile din Statele Unite includ unul sau mai multe animale de companie, conform Asociaţiei Producătorilor de Bunuri pentru Animale de Companie. Câteva dintre studiile realizate sugerează că aceia dintre noi care ţin animale de companie au tendinţa de a fi ceva mai fericiţi decât cei care nu au animale de casă. în plus, un studiu realizat de Erika Friedmann şi colegii ei de la Şcoala de Asistente Medicale de

la Universitatea Maryland arată că deţinerea unui animal este indicatorul unei rate de supravieţuire cu un an mai lungă în rândul victimelor atacurilor de inimă.

Deşi este interesant şi poate chiar important, asemenea studii sunt dificil de interpretat, pentru că proprietarii de animale de companie pot fi incomensurabil de diferiţi faţă de oamenii care nu au animale de companie. De exemplu, deţinătorii de animale pot fi mai bine adaptaţi psihic şi pot să prezinte mai puţini factori de risc cardiac (pot urma diete mai sănătoase şi experimenta niveluri mai scăzute de ostilitate) decât cei care nu deţin animale de companie.

Uşurează stresul?

Pentru a descoperi potenţialele influenţe ale animalelor de companie asupra stării de bine, cercetătorii trebuie să realizeze experimente în care să convingă persoane alese la întâmplare să accepte un animal de companie şi să stea alături de el — fie acasă, fie în condiţii de

laborator. Studiile realizate de psihologii Karen Allen, de la Universitatea din Buifalo, şi James Blascovich, de la Universitatea din California, Santa Barbara, şi colegii lor demonstrează că prezenţa unui animal favorit în timpul executării unei sarcini stresante — cum ar fi realizarea în minte a unor calcule aritmetice dificile — previne de obicei creşterile bruşte ale presiunii sangvine în rândul participanţilor.

Dimpotrivă, prezenţa unui prieten nu are acelaşi efect. în plus, cercetările lui Allen arată că agenţii de bursă stresaţi, hipertensivi, care au primit, în mod aleatoriu, spre adopţie fie un câine, fie o pisică, au ajuns la o presiune sangvină mai scăzută decât cei care nu aveau animale. Aceste studii sugerează că prezenţa animalelor de companie poate scădea presiunea sangvină şi nivelurile de stres, deşi nu ne spun şi care sunt motivele care determină acest efect. De asemenea, ele nu ne oferă indicii cu privire la posibilitatea unor efecte similare ale altor stimuli plăcuţi, cum ar fi o amuletă sau o păpuşă favorită.

Puţini ar putea contesta afirmaţia că animalele de companie ne oferă alinare, în special în perioadele de tensiune sau singurătate. O întrebare mult mai controversată priveşte eficacitatea terapiei asistate de animale (TAA), definită ca folosirea unui animal, fie ca tratament în sine, fie ca adjuvant la un tratament preexistent, precum psihoterapia. Animalele folosite în diferite forme de TAA alcătuiesc o veritabilă menajerie: cai, câini, pisici, iepuri, păsări, peşti, porcuşori de guineea şi, poate cei mai cunoscuţi, delfinii.

în schimb, problemele psihice pentru care sunt folosite TAA includ schizofrenia, depresia clinică, tulburările de anxietate, tulburările de alimentaţie, tulburarea de deficit de atentie si hiperactivitate, autismul şi o gamă largă de dizabilităţi de dezvoltare.

Popularizate în mare măsură de către psihologul Boris Levinson, de la Universitatea Yeshiva, în anii 1960, TAA par a fi surprinzător de răspândite: un sondaj realizat în 1973 de psihologa Susan S. Rice, de la Universitatea de Stat din Oklahoma, şi de colegii ei a arătat că 21% dintre terapeuţii din divizia de psihoterapie a Asociaţiei Americane de Psihologie, includ animalele în formele de tratament oferite. Dacă acest procent s-a schimbat în cele patru decenii care au trecut de atunci, nu se ştie.

Recreere versus terapie

Funcţionează deci terapia asistată de animale (TAA)? Pentru a face o incursiune în această problemă, trebuie să facem distincţia între cele două utilizări diferite ale animalelor: recreere şi psihoterapie.

Uneori animalele sunt utilizate pur recreaţional: scopuleste acela de ale permite însoţitorilor lor umani să se binedispună. Din acest punct de vedere, toată lumea e de acord cu faptul că interacţiunea cu animalele prietenoase poate „funcţiona“ ca *loisir,* deoarece astfel de activităţi îi fac adesea pe oameni să se simtă temporar mai fericiţi.

Pentru a arăta că si TAA funcţionează, j ?7

cercetătorii trebuie totuşi să demonstreze că 7

animalele produc efecte de durată asupra sănătăţii psihice a oamenilor, nu doar schimbări

de dispoziţie pe termen scurt, cum ar fi plăcere, relaxare sau entuziasm.

Probabil că forma cel mai larg studiată de TAA este terapia asistată de delfini, care este cel mai des folosită pentru copiii cu autism sau cu alte dizabilităţi de dezvoltare. Terapia asistată de delfini este practicată nu doar în Statele Unite — în principal, în Florida şi Hawaii —, ci şi în Mexic, Israel, Rusia, Japonia, China şi Insulele Bahamas. De obicei, în timpul şedinţelor de terapie asistate de delfini, copiii interacţionează cu un delfin captiv, în apă, în timp ce îndeplinesc sarcini manuale rudimentare, cum ar fi să pună inele pe un băţ. în multe cazuri, delfinul se presupune că serveşte ca „factor de întărire“ a comportamentelor adecvate ale copiilor. Multe pagini de internet dedicate terapiei asistate de delfini promovează cu convingere eficacitatea acestui tratament; un site afirmă că „acest domeniu al medicinei a demonstrat rezultate extraordinare ale terapiei şi un succes revoluţionar“, în comparaţie cu tratamentele convenţionale, incluzând aici medicatia si psihoterapia. Dar datele ştiinţifice susţine oare aceste afirmaţii?

Psihologa Lori Marino, activă pe atunci la Universitatea Emoiy, şi unul dintre autorii acestei cărţi, Scott Lilienfeld, au examinat descoperirile cercetărilor cu privire la terapia asistată de delfini în două studii de sinteză, unul publicat în 1998, iar al doilea, în 2007. Cei

doi au constatat că nu există dovezi pentru eficacitatea terapiei asistate de delfini. în multe cazuri, cercetătorii au demonstrat doar că există copii care au primit terapie asistată de delfini şi care au prezentat ameliorări pe unele dimensiuni psihologice, în comparaţie cu copiii care nu urmaseră această terapie. Totuşi, aceste rezultate nu exclud posibilitatea ca schimbările să fi apărut prin simpla trecere a timpului. în alte cazuri însă cercetătorii nu au exclus posibilitatea ca ameliorările raportate să fi fost doar nişte modificări de scurtă durată ale
>
dispoziţiei mai degrabă decât nişte modificări permanente ale simptomelor. în sfârşit, niciun cercetător nu a exclus posibilitatea ca efectele benefice observate să fi fost produse de animal la fel ca orice alt stimul foarte plăcut. Nici studiile de cercetare privind alte forme de TAA nu par să fie mai concludente.

Costuri ascunse

De ce ne interesează dacă TAA funcţionează?
}

Până la urmă, dacă le place copiilor, iar părinţii sunt dispuşi să plătească, de ce să ne facem griji? Sunt cel puţin trei motive pentru a chestiona eficacitatea TAA. Primul este acela că TAA poate produce ceea ce economiştii numesc „costuri de oportunitate“ — e vorba despre timpul, banii şi efortul cheltuite cu tratamentele ineficace. Din cauza acestor costuri, părinţii şi copiii pot rata şansa de a primi tratamente

eficace. în cazul terapiei asistate de delfini, costurile de oportunitate sunt departe de a fi neglijabile, căci tratamentele costă adesea între 3 000 si 5 000 de dolari, fără a include preţul călătoriei şi al cazării. Al doilea motiv este faptul că cel puţin unele TAA pot fi fizic periculoase. De exemplu, în terapia asistată de delfini nu există lege care să spună că delfinii trebuie să fie verificaţi de
boli infectioase. Mai mult, au fost numeroase
) [7]
cazuri de copii răniţi de delfini în timpul şedinţelor de terapie asistată de delfini. Al treilea motiv este că unele TAA produc costuri în general neevaluate pentru animalele însele. De exemplu, scoaterea delfinilor din mediul lor natural sălbatic, pentru a fi transferaţi în facilităţile terapeutice, nu doar că îi separă de familiile lor, dar adesea duce la moartea multor delfini din fiecare lot.

Deci, ca să tragem linie: Sunt animalele bune pentru sănătatea noastră psihică şi fizică? Fără îndoială multe animale pot fi companioni valoroşi şi pot oferi suport social; de asemenea, pot să ne facă să ne simţim mai bine pe termen scurt. Este posibil ca animalele de companie să fie de un deosebit ajutor pentru oamenii cu depresie sau pentru copiii care au fost grav neglijaţi, pentru care singurătatea şi lipsa de suport social sunt adesea probleme comune. Totuşi, vor fi necesare studii suplimentare pentru a cerceta această posibilitate. Apoi o cu totul altă problemă este cea referitoare la posi-

bilitatea ca animalele — inclusiv delfinii — să producă schimbări pe termen lung ale principalelor simptome în cazul altor afecţiuni psihice, cum ar ii autismul, dizabilităţile de dezvoltare sau tulburările de anxietate. în ceea ce priveşte eficacitatea pe termen lung a TAA, ne mulţumim cu acel verdict dat în instanţele de judecată scoţiene: „Nedovedit“--------.

Lecturi recomandate

Allen, K. (2003), Are pets a healthy pleasure? The influence of pets on blood pressure, *Current Directions in Psychological Science,* 12(6), 236- 239.

Fine, A.H. (coord.), (2006), Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice (ed. a 2-a), San Diego, CA, Academic Press.

Marino, L. & Lilienfeld, S.O. (2007), Dolphin-assisted therapy: More flawed data and more flawed conclusions, *Anthrozoos,* 20(3), 239-249.

--------- In jurisprudenţa scoţiana, exista, pe langa „vinovat“ şi „nevinovat“, un al treilea verdict posibil: „nedovedit“. (*N.red.*)

42

Percepţia publicului despre psihoterapie

Imaginează-ţi că nu te-ai simţit în apele tale în ultimul timp. Din motive pe care nu le înţelegi, eşti un pic deprimat, ai probleme cu somnul şi eşti mai iritabil decât de obicei. Pentru prima dată în viaţa ta, ai decis să cauţi ajutorul unui specialist. Când intri în cabinetul terapeutului, ce te aştepţi să găseşti?

Dacă eşti la fel ca mulţi oameni, te vei aştepta ca terapeutul să îţi ceară să te întinzi pe o canapea şi să vorbeşti despre trecutul tău, în special despre experienţele tale dureroase din copilărie. Poate că vei discuta despre visele şi fanteziile tale, precum şi despre relaţiile cu părinţii. Poate te aştepţi să vorbeşti tu mai mult, în timp ce terapeutul ascultă cu atenţie şi îţi analizează şirul de gânduri. Terapeutul te va ajuta să ajungi la un *insight* brusc şi dramatic, poate declanşat de o amintire îndelung refulată sau de o înţelegere complet nouă a unei probleme vechi.

Aşa cum vom vedea, aceste viziuni populare despre psihoterapie sunt, în mare, demodate şi incorecte. însă, deoarece au fost modelate de media de divertisment, nu este surprinzător că sunt atât de larg răspândite. Percepţiile eronate ale publicului despre psihoterapie contează. Dacă oamenii îşi menţin o viziune negativă nejustificată despre terapeuţi sau dacă vin la terapie cu aşteptări nerealiste, pot fi ezitanţi în a căuta ajutor sau pot fi dezamăgiţi atunci când îl primesc.

Dezinformări populare

Datele unor sondaje sugerează că mulţi americani au viziuni eronate despre psihoterapie. De exemplu, într-un studiu din 2012, realizat pe un grup de studenţi la psihologie de către psihologele Annette Taylor si Patricia Kowalski, între 63% si 70% dintre participanţi (în funcţie de formularea întrebării) au fost de acord că, pentru ca tratamentul psihologic să funcţioneze, terapeuţii trebuie mai întâi să dezgroape cauzele aflate la „rădăcina“ problemelor, adică să analizeze atenţi copilăria clienţilor. Cu toate acestea, decenii de cercetări realizate cu privire la terapiile cognitiv-comportamentală, comportamentală şi interpersonală demonstrează că, deşi urmărirea presupuselor cauze timpurii ale dificultăţilor oamenilor poate oferi uneori o perspectivă utilă în abordarea problemelor curente, aceasta este rareori un

ingredient necesar pentru ameliorare. într-un alt sondaj, publicat în 2013 de către psihologii Rick Gardner şi Dana Brown, de la Universitatea Colorado din Denver, studenţii au notat cu o medie de 2,6 itemul „Cele mai multe psihoterapii presupun întinderea pe canapea şi explorarea trecutului timpuriu al persoanei“ — scala era de 6 puncte, unde 1 = complet fals şi 6 = complet adevărat. Aceasta sugerează că mulţi dintre participanţi au perceput cel puţin un mic adevăr în această afirmaţie.

Alte date sugerează că publicul general este prost informat cu privire la psihoterapeuţi, adesea făcând confuzie între psihologi, psihiatri şi alţi furnizori de tratamente de sănătate mentală. De exemplu, într-un studiu din 2007, realizat la nivelul populaţiei pe un eşantion de peste 1 000 de americani, psihologa Rhea Farberman, de la Asociaţia Americană de Psihologie, a arătat că „cei mai mulţi dintre americani nu pot diferenţia între diferitele specialităţi dedicate sănătăţii mentale“. Această „confuzie între roluri“, cum a fost denumită, poate alimenta percepţia eronată că cei mai mulţi furnizori de tratamente lucrează, în principiu, la fel, de unde şi ideea că şi diversele psihoterapii sunt cam la fel.

Portretizările eronate din media

în media, nu ducem lipsă de portretizări ale specialiştilor în sănătate mentală. Aşa cum observau epidemiologa Jane Pirkis, de la

Universitatea Melboume, şi coautorii ei într- un raport din 2005, aproximativ 9% dintre emisiunile de televiziune difuzate la ore de maximă audienţă prezintă cel puţin un psihoterapeut. Deloc surprinzător, percepţia publicului cu privire la psihoterapie ca fiind o călătorie în trecut, adesea realizată stând întins pe canapea, este oglindită — şi probabil influenţată — de reprezentările modelate de micul si marele ecran.

Aşa cum raportau într-o analiză din 2003 psihologii Danny Wedding, de la Institutul pentru Sănătate Mentală din Missouri, şi Ryan Niemiec, de la Institutul de Medicină Comportamentală din Saint Louis, majoritatea covârşitoare dintre descrierile psihoterapiei din filmele de la Hollywood o prezintă ca pe un tratament de natură psihanalitică (freudiană). Cercetătorii menţionează exemplul filmului din 2003 al lui Woody Allen, *Anyihing Else* (*în dragoste*), în care terapeutul îi cere clientului să se întindă pe canapea. în plus, terapeutul abia dacă vorbeşte, nicidecum să ofere vreun sfat. Psihoterapia este în mod tipic portretizată într-o manieră caricaturizată si în benzile desenate. într-o analiză a descrierii terapeuţilor din benzile desenate dintre 1941 până în 1990, psihiatrul Glenn Walter, de la Clinica Northside din Sydney, Australia, a constatat că 86% dintre materiale îl prezintă pe pacient stând pe canapea, cu schimbări minore de-a lungul timpului. Mai mult, aşa cum indică Wedding şi Niemiec, multe filme de la Hollywood

înfăţişează cursul tipic al psihoterapiei ca ducând la „vindecări neaşteptate“, practic, la transformări psihice imediate, declanşate de o iluminare dramatică, privitoare adesea la copilărie.

Aceste portretizări nu se susţin în faţa realităţii. Aşa cum au demonstrat psihologii John Norcross şi Jessica Rogan într-un sondaj din 2013, realizat pe 428 de psihoterapeuţi, doar 27% dintre ei se descriu ca fiind de orientare „psihodinamică“, adică influenţaţi de învăţăturile lui Sigmund Freud şi ale colegilor lui. în plus, celebrul divan ţine de psihanaliza de altădată, utilizarea lui fiind destul de rară astăzi în terapiile psihodinamice. Mai mult, ameliorarea în psihoterapie este aproape întotdeauna graduală şi neuniformă şi rareori este urmarea unei singure iluminări remarcabile.

Cele mai multe filme si emisiuni de televiziune care descriu psihoterapii sunt pline de greşeli. Aşa cum observau Niemiec şi Wedding, în terapia de tip Hollywood sunt larg răspândite încălcările flagrante ale limitelor, inclusiv prieteniile apropiate sau relaţiile sexuale între terapeut şi client (ambele lipsite de etică, după standardele profesionale). De *exemplu, în filmele Analyze This (Cu naşu’ la psihiatru) şi Analyze That (Naşul* *care* au apărut în 1998, respectiv în 2002, cu Billy Crystal şi Robert De Niro în rolurile principale, terapeutul face tratament cu clientul în timp ce aceştia iau masa la restaurant, respectiv în

timp ce se află la o nuntă; în oscarizatul film din 1997, *Good Will Hunting,* terapeutul (jucat de Robin Williams) încearcă să-l strângă de gât pe client (jucat de Matt Damon) în timpul unei confruntări. Interesant, o analiză a 250 de recenzii ale filmului *Good Will Hunting* realizată de psihologa Mary Banks Gregorson a adus la lumină faptul că doar una singură a pus sub semnul întrebării comportamentul terapeutului. Mai mult, nenumărate filme contribuie la confuzia între roluri, pentru că nu fac distincţia între psihologi şi psihiatri, într-o sinteză din 1999, psihologii Richard BischofF, de la Universitatea Nebraska din Lincoln, şi Annette Reiter, de la Centrul de Consiliere pentru Căsnicie şi Familie Pinellas din St. Petersburg, Florida, au arătat că doar 6% dintre psihoterapeuţi sunt identificaţi ca psihologi, cei mai mulţi fiind descrişi ca psihiatri sau vreun alt tip de medic.

Stereotipuri legate de psihoterapie

Terapeuţii descrişi pe ecrane par să se încadreze într-un număr mic de categorii stereotipice. într-o sinteză din 1987, psihiatrul din Maryland, Irving Schneider, i-a clasificat pe specialiştii din filme în trei mari grupuri: Dr.

Dippy (denumita dupa primul mm care a prezentat un terapeut, *Dippy's Sanitarium,* peliculă ce a avut premiera în 1906), Dr. Wonderful şi Dr. Evil. Dr. Dippy (personificat şi de Mei Brooks în filmul din 1977, *High Anxiety*)

este prototipul terapeutului „nebun“. Pare mai tulburat decât mulţi dintre clienţii săi şi adesea este caraghios sau ridicol. Dr. Wonderful (reprezentat de Judd Hirsch în filmul *Ordinary People* din 1980) este bun şi empatic, şi nu poate face niciun rău. Dr. Evil (reprezentat de Anders Ahlbom în filmul din 2008 7 *IneGirl Who Kicked the Homet’s* Nest********) este crud, adesea abuziv faţă de pacienţii săi. Alţi autori au extins taxonomia tripartită a lui Schneider. De exemplu, aşa cum observa într-un articol din 1999 reporterul Scott Sleek, psihologii din grupul de monitorizare media al diviziei 46 din Asociaţia Americană de Psihologie au adăugat încă două categorii: Dr. Rigid, care este un nesuferit lipsit de emoţii, şi Dr. Line-Crosser, care, după cum îi spune numele, încalcă limitele cruciale ale pacienţilor săi.

Motive de speranţă?

în ciuda portretizărilor derutante ale psihoterapeuţilor pe marile şi micile ecrane, există şi motive de optimism. Cel puţin unele reprezentări media ale terapeuţilor, precum cea realizată de Gabrielle Byrne în rolul lui Dr. Paul Weston din serialul TV *In Treatment* (de pe HBO), pot fi ceva mai încurajatoare.

In Treatment înfăţişează un terapeut rezonabil de realist, care se străduieşte să-si

7

> y

ajute clienţii. Nu este lipsit de defecte, în niciun

caz, dar nici nu este inept, crud sau inautentic. în acelaşi timp, aşa cum unul dintre autorii acestei cărţi, Hal Arkowitz, observa într-o recenzie din 2008 publicată în *Scientific American Mind,* Weston se angajează în mod frecvent în tactici înalt confruntationale cu clienţii săi; în general, studiile controlate cu privire la psihoterapie au constatat că asemenea strategii sunt asociate cu rezultate slabe.

Alte date arată că publicul general de astăzi are o viziune mai bună asupra psihoterapiei, în comparaţie cu generaţiile anterioare. De exemplu, într-un sondaj la scară largă asupra populaţiei germane publicat în 2005, psihiatrii M.C. Angermeyer şi H. Matschinger, de la Universitatea din Leipzig, au raportat creşteri substanţiale în ultimul deceniu ale procentului de oameni care sunt dispuşi să recomande o psihoterapie unei persoane cu depresie sau schizofrenie (nu cunoaştem niciun sondaj comparabil realizat în Statele Unite). Aceste descoperiri, precum şi altele cresc posibilitatea ca, în anii următori, viziunea publicului asupra psihoterapiei să se apropie mai mult de realitate.

Lecturi recomandate

Gabbard, G. & Gabbard, K. (1999), *Psychiatry and the cinema,* Washington: American Psychiatric Publishing.

Wedding, D., Boyd, M.A. & Niemiec, R.M.

(2005), *Movies and mental illness: Using films to understand psychotherapy,* Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers.
--------In engleză, dîppy înseamnă „cu capul în nori“, dar şi „nebun de legat“. (*N.red.*)
ifofcTfcalcTfolcTfcat:
--------Versiunea românească a titlului: *Castelul din nori s-* *a dărâmat. (N.red.)*

43

De ce oamenii nu se schimbă?

De câţi terapeuţi este nevoie ca să schimbe un bec? Nu răspunde încă. Vom ajunge la răspuns în scurt timp în acest capitol, care se ocupă de cât de dificil este să faci o schimbare, în ciuda celor mai bune intenţii. Să ne gândim câţi oameni se angajează în comportamente de autosabotare, în ciuda consecinţelor negative:

Fumatul, obezitatea şi problema alcoolului pot duce la boală cronică şi moarte prematură. Cu toate acestea, sondajele la scară largă realizate pe adulţi de către Centrele pentru Controlul si Prevenţia Bolilor au constatat că peste 20% dintre americanii adulţi continuă să fumeze, peste 30% sunt semnificativ supraponderali şi

aproximativ 15% sunt mari consumatori de alcool.

Oamenii nu urmează întotdeauna tratamentele medicale. Studiile arată că între 50% şi 65% dintre pacienţi nu urmează regimul recomandat şi că 10% dintre internările în spital ale adulţilor cu vârste mai înaintate sunt rezultatul nerespectării indicaţiilor medicilor. Pauline Vincent, aflată la Universitatea Case Western Reserve la vremea respectivă, a făcut un sondaj în rândul pacienţilor cu glaucom, studiul fiind publicat în 1971. Circa 54% dintre pacienţii care ştiau că pot orbi dacă nu folosesc picăturile prescrise pentru ochi tot nu respectau indicaţia medicului.

- Adesea oamenii care vin la psihoterapie din cauza unor afecţiuni care le cauzează suferinţe grave îngreunează chiar ei ajutorul pe care îl cer, fiind necooperanţi, lipsind frecvent la şedinţe sau renunţând cu totul la terapie. Un studiu a constatat că peste 70% dintre pacienţii care primeau terapie într-un centru comunitar de sănătate mentală renunţau la terapie după a treia şedinţă!

- Multe încercări de schimbare a comportamentului rămân fără succes. De exemplu, psihologul John Norcross, de la Universitatea Scranton, a

descoperit că doar 19% dintre cei care îsi luaseră de Anul Nou angajamentul de a schimba un comportament-problemă îşi menţinuseră schimbarea si la doi ani distanţă.

- Oamenii continuă să se angajeze în tipare de comportament — gelozie, dependenţă, cicăleală, furie, violenţă şi izolare, de exemplu — care sunt deseori distructive pentru relaţiile lor semnificative.

Unele dintre cele mai comune explicaţii ale acestor fenomene invocă diverse caracteristici ale individului, precum încăpăţânarea, rezistenţa, personalitatea dependentă şi autodistructivitatea. Acest tip de raţionament este destul de circular. Mai întâi comportamentul este dedus dintr-o anumită trăsătură (de pildă, „Nu se schimbă, pentru că este încăpăţânat“), după care acea trăsătură este explicată pornind de la comportament („Este încăpăţânat, pentru că nu se schimbă“). Este clar că avem nevoie de o înţelegere mai bună a motivului pentru care oamenii nu se schimbă. Iar aici intervine cercetarea ştiinţifică.

Confuzia legată de schimbare

în *Ambivalence in Psychotherapy* (Guilford Press, 2006), David E. Engle, un psihoterapeut

din Tucson, şi Hal Arkowitz, unul dintre autorii acestei cărţi, susţin că gestionarea ambivalenţei este centrală. în viziunea celor doi, oamenii care vor schimbarea, dar nu o pot face sunt atraşi concomitent în două direcţii diferite: ei sunt atraşi de motivaţiile pentru schimbare, dar şi motivaţiile pentru păstrarea stării de fapt. Unele studii au demonstrat că echilibrul dintre aceste forţe opuse poate prezice cine se schimbă şi cine nu. Ce anume stă în calea schimbării? Caseta 43.1 enumeră câţiva dintre factorii critici.

A-i ajuta pe oameni să se schimbe presupune să îi ajuţi să *vrea* să se schimbe şi nu să îi îmbii cu sfaturi, persuasiune sau presiune socială. Cercetările au demonstrat că aceste abordări „înalt directive“ înclină să aibă efecte adverse, făcându-i pe pacienţi să fie tot mai rezistenţi la schimbare. De exemplu, un studiu realizat de William R. Miller, R. Gayle Benefield şi J. Scott Tonigan, care lucrau cu toţii la acea vreme la Universitatea New Mexico, a demonstrat că, pentru persoanele cu probleme legate de consumul de alcool, stilurile de terapie directiv-confruntationale au condus la o rezistentă semnificativ mai mare si cu rezultate

î >

mai slabe după un an decât abordările mai degrabă suportive. Cu cât terapeuţii îi confruntau mai mult pe clienţi, cu atât clienţii lor beau mai mult, a constatat acest studiu. Dimpotrivă, stilurile mai suportive aveau tendinţa de a genera mai puţine reacţii de

acest fel şi era mai probabil că ele să aibă succes.

O asemenea abordare este interviul motivaţional dezvoltat de Miller şi psihologul Stephen Rollnick de la Facultatea de Medicină a Universităţii Cardiff din Tara Galilor. în
j j
această metodă, terapeutul are ca obiectiv să întărească motivaţia intrinsecă a clientului către schimbare, explorând şi rezolvându-i ambivalenţa. Scopul este să-l ajute pe client să devină avocatul schimbării (în locul terapeutului). Cu alte cuvinte, rezistenţa unui client la schimbare este văzută de terapeut ca ambivalenţă ce trebuie înţeleasă si evaluată în
j *j* ?
loc să fie întâmpinată direct cu opoziţie.

- *Diablos conocidos*———— („răul cunoscut“): statu-quoul este familiar şi predictibil, chiar dacă este inconfortabil. Dimpotrivă, schimbarea este impredictibilă şi generează anxietate.

- Oamenii se tem că, dacă nu reusesc în
’ î
efortul lor de a se schimba, se vor simţi si mai rău.

- Credinţe false (de exemplu, „Dacă nu am succes 100%, consider că este un eşec“) care pot împiedica schimbarea. Când alţii ne presează să ne schimbăm, adesea percepem aceste presiuni ca pe nişte ameninţări la adresa libertăţii personale. Iar pentru a ne păstra acest sentiment de libertate, rezistăm la schimbare. Psihologii denumesc acest comportament „reactanţă“.

- Comportamentele indezirabile pot avea funcţii importante (cum ar fi cazul alcoolicului, pe care consumul de alcool îl eliberează temporar de stres şi de depresie). Schimbarea (încetarea consumului) îl poate lăsa tocmai fără singurele mijloacele pe care le cunoaşte persoana respectivă de a-şi gestiona suferinţa.

Pentru dizolvarea ambivalenţei, terapeutul oferă asistentă în mai multe moduri. Aceste metode includ folosirea unui stil de terapie suportiv şi punerea în evidenţă a afirmaţiilor clientului care reflectă conflictul dintre comportamentul şi valorile sale („Deci, este important pentru tine să fii o mamă bună pentru fiul tău, dar adicţia ta la heroină te împiedică“). Asemenea discrepanţe creează un disconfort cu privire la starea prezentă a lucrurilor şi cresc motivaţia pentru schimbare, în plus, terapeutul acordă mai multă atenţie discursului clientului despre schimbare versus neschimbare, pentru a ajuta la rezolvarea ambivalenţei si la înclinarea balanţei către schimbare. Odată ce aceste incertitudini sunt rezolvate, adesea se vede schimbarea comportamentală.

Un număr important de cercetări arată că interviul motivaţional şi metodele asociate sunt instrumente de ajutor eficiente pentru schimbarea comportamentelor de dependenţă de alcool şi droguri, a comportamentelor legate

de sănătate, dar şi a tulburărilor de anxietate, depresiei, tulburării de comportament alimentar, problemelor cu jocurile de noroc, violentei domestice si chiar a ideilor suicidare.

O revizuire cantitativă realizată de Hal Arkowitz, Brian Burke, la Colegiul Fort Lewis, si Marisa Menchola, de la Universitatea

Arizona, a constatat o rată de ameliorare de 51% pentru interviul motivaţional şi alte tehnici derivate, în comparaţie cu 37%, ca urmare a unui tratament obişnuit sau chiar în
cazul absentei vreunui tratament

în afară de utilizarea lui ca instrument terapeutic, ideile implicite ce rezultă din interviul motivaţional pot ii folosite şi pentru a ne ajuta să ne schimbăm pe noi înşine sau să schimbăm persoane apropiate. Aceste idei pun accent pe ascultare şi înţelegerea ezitării legate de schimbare, pe lipsa opoziţiei faţă de persoană şi pe încercarea de a întări, prin susţinere, acea parte din psihicul persoanei care vrea să schimbe ceva.

Deci, de câţi terapeuţi nevoie pentru a schimba un bec? De-acum probabil că ţi-ai dat seama de răspuns: „De unul singur, dar becul trebuie să vrea cu adevărat să se schimbe". Sperăm ca acest capitol să îţi schimbe gândirea despre schimbare, să te ajute să nu-ţi mai sabotezi eforturile şi să îţi pună în lumină ceea ce poţi să faci.

Lecturi recomandate

Arkowitz, H., Miller, W.R. & Rollnick, S. (coord.)

(2015), *Motivational interviewing in the treatment of psychological probems* (ed. a 2-a), New York: Guilford Press.

Engle, D.E. & Arkowitz, H. (2006), Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change, New York: Guilford Press.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002), *Interviul motivational. Pregătirea pentru schimbare* (ed. a 2-a), Agenţia Naţională Antidrog.

******** . ^ • Iw /'mr \
---------*Diavoli cunoscuţi,* ~~**mspaniola.**~~ *(N.t.)*

Parte a a X-a

Alte mituri

Introducere

Miturile nu apar doar în anumite arii ale psihologiei. Le putem găsi în aproape toată psihologia, precum şi în alte discipline şi în viata de zi cu zi. în această secţiune, ne
) j ’
concentrăm pe o serie de mituri din psihologie care ating diverse arii, dar au implicaţii importante pentru sănătatea mentală.

- Cele mai multe dintre tulburările mentale pe care le întâlnim în ţările occidentale sunt aceleaşi sau similare cu cele din alte părţi ale lumii?

- Este gândirea pozitivă întotdeauna de ajutor?

- Nopţile cu Lună plină conduc realmente la comportamente ciudate?

- Cât de exactă este depoziţia unui martor?

- Apărarea pe motive de „alienaţie mentală“ este des invocată în procesele penale?

Apărarea pe motiv de alienaţie mentală oferă o cale de scăpare pentru inculpat?

Obezitatea este cauza în principal a lipsei de voinţă sau a factorilor de mediu, precum reclamele la mâncare?

Comportamentele autodistructive, precum

tăierea, reprezintă nişte tentative reale de suicid sau oamenii fac aceste lucruri din alte motive?

44

Tulburările psihice diferă de la o cultură la alta?

Să începem cu un mic chestionar. De câte dintre următoarele boli mentale ati auzit:

- *taijin kyofusho,*
- *hikikomori,*
- *hwa-byung,*
- reacţia psihotică ?

Dacă scorul obtinut este 0 din 4, nu trebuie să vă simţiţi jenaţi: ar putea fi de vină cultura din care proveniţi. Primele două condiţii sunt boli mentale în mare endemice în Japonia; celelalte două sunt la fel de răspândite în China. Tulburările psihice sau, cel puţin, denumirile lor diferă de la o cultură la alta. Dar sunt afecţiunile nonoccidentale cu adevărat

distincte de cele din Statele Unite şi Europa? Sau bolile mentale, indiferent cât de străine sunt ca denumire, variază doar în mică măsură, fiind apropiate de problemele familiare pentru occidentali, cum ar fi depresia sau schizofrenia?

Dovezile de până acum sugerează, cu putere, că exprimarea bolilor mentale poate fi influenţată de cultură. Totuşi, rămâne o

problemă puternic dezbătută dacă în culturi radical diferite pot apărea tulburări psihiatrice cu adevărat noi.

Această problemă este mai degrabă una de importanţă teoretică. Psihoterapeuţii adesea se asigură că iau în considerare diferenţele culturale în tratament, dar în mod tipic presupun că depresia, de exemplu, arată destul de similar oriunde ar fi, cu unele mici excepţii. Dacă asa-numitele sindroame culturale — boli

mentale specifice unei anumite societăţi — sunt pure variaţii ale tulburărilor occidentale, atunci specialiştii în sănătatea mentală din ţările occidentale pot continua în siguranţă să se bazeze pe cunoştinţele existente cu privire la tulburările cu care sunt familiarizaţi si să le

trateze. Dimpotrivă, dacă unele afecţiuni psihiatrice sunt total distincte de cele din ţările occidentale, ar putea fi necesar ca psihologii şi psihiatrii să o ia de la zero în găsirea celei mai bune metode pentru a le trata.

Sindroame asemănătoare

în secolul trecut, presupunerile legate de

influenţa culturii în ceea ce priveşte bolile mentale s-au schimbat de la o extremă la alta. Decenii la rând, mulţi antropologi culturali, sociologi şi psihologi au presupus că există o diversitate atât de uriaşă a tulburărilor psihiatrice pe tot globul, încât erau sceptici cu privire la orice încercări de clasificare. Dar acest punct de vedere a fost pus la îndoială în 1976, când antropologa Jane Murphy, de la Universitatea Harvard, a raportat dovezi puternice cu privire la faptul că unele sindroame par să traverseze culturi foarte diverse.

Murphy a examinat două societăţi foarte diferite — un grup de yoruba din Nigeria şi un grup de eschimoşi inuiţi de lângă Strâmtoarea Bering — care, în esenţă, nu aveau contacte cu cultura modernă. Totuşi, aceste populaţii aveau cuvinte care desemnau tulburări ce păreau izbitor de asemănătoare cu schizofrenia, alcoolismul şi psihopatia. De exemplu, inuiţii foloseau termenul *kunlangeta* pentru a descrie pe cineva (de obicei bărbat) care minte, înşală şi fură, este infidel în relaţia de cuplu şi nu îi ascultă pe cei în vârstă — o schiţă foarte asemănătoare cu cea a unui psihopat occidental. Când Murphy l-a întrebat pe un inuit cum se comportă de obicei grupul faţă de un astfel de individ, acesta a răspuns că „cineva ar trebui să-l împingă jos de pe gheaţă când nu se uită nimeni“. Aparent, inuiţii nu sunt nici ei mai încântaţi de psihopaţi decât suntem noi. Cercetări ulterioare au întărit concluzia lui

Murphy. Dar ideea că unele boli mintale sunt prezente atât în cultura occidentală, cât şi în culturi nonoccidentale nu elimină posibilitatea ca unele tulburări să existe doar în anumite societăţi. într-adevăr, în 1994, Asociaţia Americană de Psihiatrie a introdus o anexă de 25 de sindroame specific culturale în ediţia a IV-a a *Manualului de diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale (DSM-IV).*

Dar, odată cu apariţia acestei anexe, mulţi oameni de stiintă au contestat ideea că sindroamele determinate cultural ar fi nişte boli atât de aparte, argumentând că unele sau poate chiar toate ar fi variante ale tulburărilor deja cunoscute în cultura occidentală, cu denumiri diferite. De exemplu, unii vânători de balene de Groenlanda sunt afectaţi de o boală denumită „spaima de caiace“, caracterizată prin sentimente de panică ce îi cuprind în largul oceanului, însoţite de nevoia intensă de a reveni în siguranţă înapoi pe uscat. Cu toate că spaima de caiace apare pe unele liste de sindroame asociate cultural, aceasta seamănă puternic cu varianta occidentală de tulburare de panică cu agorafobie, care este marcată de o frică intensă de situaţii în care persoana simte că nu ar mai putea scăpa în cazul unei apariţii bruşte a unei frici copleşitoare.

O altă posibilă boală occidentală deghizată este *taijin kyofusho,* care apare în lista de la începutul capitolului şi care este menţionată în noul „Glosar de concepte culturale ale

suferinţei psihice“ din *DSM-5. Taijin kyofusho* este o tulburare de anxietate, comună în Japonia, marcată de frica de a nu jigni alţi oameni, de obicei prin înfăţişare sau mirosul corpului propriu. *Taijin kyofusho* ar putea fi o formă asiatică a fobiei sociale (denumită şi tulburare de anxietate socială), în care oamenii trăiesc spaima că se vor comporta într-o manieră care este potenţial jenantă: să zicem, făcând gafe atunci când vorbesc sau performează în public. Pentru că japonezii tind să fie mai preocupaţi de armonia şi coeziunea grupului decât occidentalii, *taijin kyofusho* ar putea fi o formă de fobie socială într-o cultură care este deosebit de sensibilă la sentimentele altora.

Tulburări distincte?

Cu toate acestea, unele sindroame determinate cultural pot fi suficient de diferite de tulburările occidentale, pentru a merita criterii de diagnostic separate (vezi Caseta 44.1). în bizara afecţiune *koro,* întâlnită îndeosebi în

Asia de Sud-Est şi Africa, oamenii se tem că organele lor sexuale dispar sau se micşorează. *Koro* se răspândeşte uneori la nivelul maselor panicate şi este declanşată de o anxietate marcată. în boala tropicală *amok,* care a dat naştere expresiei „l-a lovit amocul“, indivizii afectaţi, aproape toţi bărbaţi, reacţionează adesea la unele percepţii uşoare prin retragere si visare, urmate de violentă frenetică si

y ⁷ y j
necontrolată.

Caseta 44.1 Nebunie cultivată?

Unele boli mentale, precum cele enumerate mai jos, nu au echivalente directe în societatea occidentală. Oamenii de stiintă dezbat dacă
))
aceste afecţiuni sunt distincte de problemele care îi infestează pe occidentali sau dacă includ aspecte mai puţin evidente, prin care, în cele din urmă, se vor lega de bolile pe care le cunoaştem foarte bine.
j

Denumirea condiţiei y	*Principalele regiuni în care a fost raportată*	*Trăsături clinice*
Hikikomori	Japonia	Retragere socială extremă
Dhat	India, Pakistan	Anxietate, oboseală, îngrijorări legate de pierderea spermei
Hwa-byung	Coreea	Insomnie, oboseală, indigestie, dureri uşoare si dureri J) puternice, alte simptome fizice, toate atribuite furiei suprimate
Latah	Malaysia, Asia de Sud- Est	Tresăriri puternice şi bruşte, urmate de 7 7 pierderea controlului, de proferarea de obscenităţi si de)) maimuţăreli la adresa celorlalţi *

Windigo

Canada Anxietate extremă,
Centrală si de alături de frica de a
Nord-Est, nu-i canibaliza pe
populaţiile de alţii nativi
americani

Reacţia China
î
psihotică
qi-gong

practici de
meditaţie
j

Ataque de America
nervios Latină
Pierdere
bruscă a
sentimentului
de realitate ca
urmare a
anumitor

Ţipete,
tremurături,
înjurături,
sentimente de
pierdere a
controlului şi
frică, uneori
însotite de
j
comportament
violent sau
suicidar.

"în tulburarea de „iubire 2-D“, recent raportată în Japonia şi în alte ţări, bărbaţii dezvoltă ceea ce par să fie nişte relaţii de iubire cu personaje feminine din desene animate sau jocuri video; poartă cu ei oriunde merg perne cu desenul personajului iubit sau alte reprezentări tangibile ale acestuia. Nu se ştie dacă aceste maladii misterioase au unele elemente comune cu bine

documentatele boli psihiatrice occidentale. *Koro,* de exemplu, ar

putea fi un tip de hipocondrie (ipohondrie), dar această posibilitate a fost foarte puţin cercetată în mod sistematic.

Lăsând la o parte diferendurile ştiinţifice, specialiştii sunt de acord cu privire la faptul că expresia de suprafaţă a bolii mentale poate fi modelată de cultură în mod semnificativ. Ca o consecinţă, psihoterapeuţii trebuie să fie mai atenţi la influenţele culturale asupra bolii mentale şi să integreze lucrurile nou-aflate în planurile de tratament. între timp, oamenii de stiintă ar trebui să folosească inventare de

personalitate şi testări de laborator pentru a investiga cauzele şi manifestările sindroamelor determinate cultural, pentru a vedea care dintre aceste tulburări sunt distincte de cele din cultura occidentală. Dacă unele dintre aceste sindroame se dovedesc a fi unice, specialiştii în sănătatea mentală vor trebui să construiască şi să implementeze intervenţii psihologice semnificativ diferite de cele pe care le cunoaştem.

Lecturi recomandate

Guarnaccia, P.J. & Rogler, L.H. (1999), Research on culture-bound syndromes: New directions, *American Journal of Psychiatry, 156(9),* 1322-1327.

Simons, R.C. & Hughes, C.C. (coord.) (1985), The culture-bound syndromes: Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest, Boston: D. Reidel/Kluwer.

45

Gândirea pozitivă poate face rău?

Accentuate the positive ne implora cu
veselie cântecul din 1944 al lui Johnny Mercer si Harold Arlen. De la *Almanahul bietului Richard* din 1750 al lui Benjamin Franklin (care îi învăţa pe cititori că „regretul nu e bun decât pentru păcate“) până la pleiada de vorbitori

motivationali din zilele noastre, americanii au
î ’
îmbrăţişat o atitudine optimistă, de tipul „eu pot“. Căutaţi *positive thinking* pe Amazon.com şi veţi găsi o ofertă nesfârşită de produse menite să ne ajute să vedem viaţa prin lentile colorate în roz, inclusiv un calendar de perete, „Puterea gândirii pozitive“, şi o serie de postere pe tema: „Depăşirea adversităţilor prin încurajare şi asertivitate“.

în realitate însă atitudinea pozitivă nu este întotdeauna ceea ce pare a ii. Deşi o atitudine optimistă are fără îndoială beneficiile ei, rămân în general nedemonstrate avantajele acestei gândiri „în roz“ pentru sănătate sau pentru starea materială. Mai mult, cercetările sugerează că optimismul poate fi dăunător în anumite circumstanţe.

Plusuri ale pesimismului

în ciuda accentului popular pus pe gândirea pozitivă, psihologia teoretică s-a centrat decenii la rând pe negativ. Chiar şi astăzi o lectură atentă a manualelor de

psihologie obişnuite dezvăluie predominanţa abordărilor care se ocupă de partea întunecată a vieţii — boala mentală, crima, adicţia, prejudecata şi altele asemenea —, ca reflectare, probabil, a dorinţei psihologiei de a remedia aceste probleme personale şi sociale.

De aceea, în ultima parte a anilor 1990, un colectiv de psihologi renumiţi, conduşi de psihologul Martin E. Seligman, de la Universitatea Pennsylvania, a definit un domeniu numit „psihologie pozitivă“. Această disciplină în ascensiune explorează cauzele şi consecinţele fericirii, forţei de caracter,

î 7
7

virtuţilor, rezilienţei şi ale altor aspecte importante ce ţin de adaptare şi sănătatea psihică. Nu toţi psihologii „pozitivi“ insistă pe veselia cu orice preţ — într-o carte din 1990, Seligman avertiza că optimismul „poate uneori să ne împiedice să vedem suficient de

clar realitatea“. Dar mulţi susţin o perspectivă care implică faptul că gândirea pozitivă este oricând bună pentru toţi, observa psihologa de la Bowdoin College, Barbara Held, într-un articol din 2004.

De fapt, multe dintre datele ce susţin beneficiile solide ale gândirii pozitive sunt discutabile. Conform unui studiu de revizuire din 2010, realizat de psihologul de la Universitatea Corneli, Anthony Ong, deşi cele mai multe studii arată că oamenii optimişti au tendinţa de a fi mai sănătoşi psihic şi, de asemenea, de a trăi mai mult, aceste descoperiri provin din studii de corelaţie, care examinează asocierile statistice dintre gândirea pozitivă şi realizările în viaţă, dar nu ne pot spune nimic despre relaţia cauză-efect. Astfel, a gândi pozitiv poate să ne facă mai sănătoşi, dar faptul că suntem mai sănătoşi ar putea fi ceea ce, de fapt, ne face să gândim pozitiv. O altă interpretare a aceloraşi rezultate: gândurile pozitive şi o bună stare de sănătate sunt rezultatul unui al treilea factor — nivelul crescut de energie, să zicem — care nu a fost măsurat

în cele mai multe dintre aceste studii. Aceeaşi ambiguitate infestează cele mai multe dintre studiile care pretind că optimismul poate schimba dispoziţia depresivă sau poate creşte performanţa în muncă.

Chiar dacă în cele din urmă au apărut şi rezultate mai optimiste despre optimism, este puţin probabil ca perspectiva roz să fie benefică pentru toată lumea. Pesimiştii defensivi, de exemplu, au tendinţa de a se îngrijora foarte tare în legătură cu situaţii stresante din viitor, cum ar fi interviurile de angajare sau examenele importante, şi supraestimează probabilitatea eşecului. Totuşi, aceste îngrijorări funcţionează pentru aceşti indivizi, pentru că le permit să fie mai bine pregătiţi. Cercetarea psihologei Julie Norem, de la Wellesley College, şi a colegilor ei arată că, dacă sunt deprivaţi de stilul lor preferat de adaptare — de exemplu, forţându-i să „se înveselească“ —, pesimiştii defensivi performează mai slab în îndeplinirea sarcinilor. Mai mult, într-un studiu din 2001, cu participanţi dintr-o comunitate de vârstnici, Seligman şi

psihologul de la Universitatea Brandeis, Derek Isaacowitz, au descoperit că, după ce trec prin evenimente de viaţă negative, cum ar fi moartea unui prieten, pesimiştii sunt mai puţin înclinaţi la depresie decât optimiştii. Pesimiştii petrec probabil mai mult timp antrenându-se mental pentru astfel de posibilităţi neplăcute.

Un alt studiu pune sub semnul întrebării puterea de vindecare a afirmaţiilor pozitive — este vorba despre acele instrumente omniprezente ale psihologiei populare, parodiate de comicul Al Franken în rolul consilierului Stuart Smalley: „Sunt destul de bun, sunt destul de deştept şi, la naiba, oamenii mă plac“. într-un studiu publicat în 2009, psihologa Joanne Wood, de la Universitatea Waterloo, şi colegii ei au constatat că, pentru participanţii cu stimă de sine înaltă, repetarea de mai multe ori a unei afirmaţii pozitive („Sunt o persoană demnă de iubire“) duce, într-adevăr, la stări de dispoziţie ceva mai bune. Dar pentru cei cu stimă de sine scăzută, afirmaţiile pozitive au efect advers, ducând la stări de dispoziţie mai proaste. Wood şi

colegii săi au argumentat că afirmaţii de tipul celor proferate de Smalley sună fals în mintea indivizilor cu stimă de sine scăzută, servind doar pentru a le reaminti cât de des au eşuat în atingerea scopurilor lor în viaţă.

Ce e prea mult strică?

O altă potenţială breşă în mişcarea gândirii pozitive provine de la ideea că o atitudine optimistă poate fi nesănătoasă atunci când este dusă la extrem, deoarece ne poate îndepărta de realitate. într-un articol din 2000, psihologul Christopher Peterson, de la Universitatea Michigan, unul dintre fondatorii mişcării gândirii pozitive, a distins optimismul realist, al persoanei care speră tot ce e mai bun, rămânând racordată la potenţialele ameninţări, de optimismul nerealist, al celor care ignoră asemenea pericole.

Un studiu din 2007 — realizat de psihologul Shigehiro Oishi, de la Universitatea Virginia, de psihologul de la Universitatea Illinois, Ed Diener, şi de psihologul Richard Lucas, de la Universitatea de Stat din Michigan — întăreşte îngrijorările

lui Peterson. Folosind analize realizate pe câteva eşantioane internaţionale reprezentative, ei au constatat că, deşi oamenii extrem de fericiţi au cel mai mult succes în relaţiile interpersonale şi sunt cei mai muncitori, oamenii moderat de fericiţi au mai mult succes decât cei extrem de fericiţi din punct de vedere financiar şi educaţional şi, de asemenea, sunt mai activi politic. Indiscutabil, Oishi şi colegii săi au evaluat fericirea, nu optimismul propriu-zis, deşi cele două tind să fie văzute ca fiind foarte apropiate. Astfel, descoperirile lor ridică întrebarea dacă, nu cumva, deşi o atitudine pozitivă realistă faţă de lume deseori ne ajută să realizăm anumite scopuri în viaţă, o atitudine pollyannică******** n-ar putea deveni costisitoare, poate din cauză că duce la auto suficientă.

Gândirea pozitivă cu siguranţă are avantajele ei: ne poate încuraja să ne asumăm riscurile necesare si să ne extindem orizontul. Dar are si

))

dezavantaje şi poate să nu fie pentru oricine, în special pentru cei pentru care îngrijorarea şi

văicăreala sunt mecanisme de adaptare naturale. Mai mult, gândirea pozitivă poate fi contraproductivă dacă ne face să ignorăm, cu nepăsare, pericolele vieţii. în sfârşit, aşa cum avertiza jurnalista Barbara Ehrenreich într-o carte publicată în 2009, presupunerea atotprezentă că atitudinile pozitive ne permit să „ne concepem vindecarea“ în cazul unor boli precum cancerul are o latură întunecată neluată în considerare: îi poate face pe oameni
să nu se trateze cum trebuie de astfel de boli si
)
să se învinovăţească pentru că nu sunt mai veseli.

Lecturi recomandate

Ehrenreich, B. (2009), Bright-sided: How the relentless promotion of positive thinking has undermined America, New York: *Metropolitan Books.*

Held, B.S. (2004), The negative side of positive psychology, *Journal of Humanistic Psychology,* *44(1*), 9-46.

Seligman, M.E.P. &

Csikszentmihalyi, M. (2000), Positive psychology: An introduction, *American Psychologist,* 55, 5-14.

******** , ,
–*Pune accent pe pozitiv (N.t.)*

--------Adjectiv derivat din numele Pollyanna, personajul principal din cartea ominimă a lui Eleanor H. Porter (1913). Pollyanna este o fetiţă foarte optimistă care găseşte în fiece lucru ceva de care să se bucure. *(N.t.)*

46

Luna plină declanşează comportamente ciudate?

De vinâ-i numai Luna. Ea se-apropie mai mult ca niciodată de Pământ, scoţându-l pe om din minţi.

William Shakespeare, *Othello*

De-a lungul secolelor, mulţi au rostit fraza „Cred că asta vine de la Luna plină“, încercând să explice tot felul de întâmplări ciudate care au loc noaptea. într-adevăr, zeiţa romană a Lunii purta numele de *Luna,* din care derivă „lunatic“. Pentru filosoful grec Aristotel şi pentru istoricul roman Plinius cel Bătrân, creierul este organul cel mai „umed“ din corp şi, ca urmare, cel mai susceptibil la influenţele pernicioase ale Lunii, care produce şi mareele. Credinţa în „efectul lunatic“ al Lunii sau „efectul Transilvania“, cum este uneori denumit, a persistat în Europa pe parcursul Evului Mediu, când era larg răspândită ideea că oamenii se transformă în vârcolaci sau vampiri în timpul nopţilor cu Lună plină.

Chiar şi astăzi mulţi oameni cred că puterile mistice ale Lunii pline induc comportamente haotice, internări la psihiatrie, sinucideri, omucideri, apeluri la serviciile de urgenţă, accidente în trafic, bătăi la meciurile de hockey profesionist, câini care muşcă şi tot felul de evenimente ciudate. Un sondaj a descoperit că 45% dintre studenţii de colegiu cred că oamenii afectaţi

de Luna plină sunt înclinaţi la comportamente neobişnuite, iar alte sondaje sugerează că specialiştii în sănătatea mentală pot fi chiar şi mai înclinaţi decât oamenii obişnuiţi să aibă această convingere. în 2007 câteva secţii de poliţie din Marea Britanie chiar au suplimentat numărul de ofiţeri de poliţie în nopţile cu Lună plină, pentru a face faţă presupuselor rate mai mari ale infracţiunilor.



Figura 46.1 Sursa: Wikimedia/Allen Watkin

Apa în acţiune?

Inspiraţi de Aristotel şi de Plinius cel Bătrân, unii autori contemporani, cum ar fi psihiatrul Arnold Lieber, din Miami, au argumentat că efectele presupuse ale Lunii pline asupra comportamentului uman apar ca urmare a

influenţei Lunii asupra apei din noi. Corpul uman, până la urmă, este circa 80% apă, deci poate că Luna acţionează, cu magia ei malefică, tulburând cumva alinierea moleculelor de apă din sistemul nervos.

Dar există cel puţin trei motive pentru care această explicaţie intră la... apă, dacă-mi permiteţi să zic aşa. Mai întâi, efectele gravitaţionale ale Lunii sunt mult prea minuscule pentru a genera un efect semnificativ asupra activităţii creierului, ca să nu mai vorbim despre comportament. Aşa cum observa regretatul astronom George Abell de la Universitatea California, Los Angeles, un ţânţar care ni se aşază pe braţ exercită asupra noastră o forţă de atracţie gravitaţională mai puternică decât cea exercitată de Lună. Totuşi, după cunoştinţele noastre, nu există nicio raportare cu privire la „efectul lunatic al ţânţarului“. în al doilea rând, forţa gravitaţională a Lunii afectează numai apele

deschise, cum sunt oceanele si lacurile, nu si acumulările de apă închise, cum este creierul uman. în al treilea rând, efectul gravitaţional al Lunii este la fel de puternic şi în nopţile cu
Lună nouă, atunci când Luna este invizibilă pentru noi. Atunci, gravitaţia e la fel de intensă ca atunci când este Lună plină.

O problemă şi mai serioasă pentru susţinătorii fervenţi ai efectului „lunatic“ al Lunii este că nu există nicio dovadă că acesta ar exista. Psihologul James Rotton, de la Universitatea Internaţională Florida, astronomul Roger Culver, de la Universitatea de Stat Colorado, şi psihologul Ivan W. Kelly, de la Universitatea Saskatchewan, au căutat în lung şi-n lat efecte comportamentale vizibile ale Lunii pline. în niciunul dintre cazuri nu au găsit nimic. Combinând rezultatele mai multor studii şi tratându-le ca şi cum ar fi un singur studiu uriaş — procedură statistică denumită metaanaliză —, ei au constatat că Luna plină nu corelează în niciun fel cu o mulţime de evenimente, inclusiv cu

infracţiunile, sinuciderile, problemele psihiatrice şi apelurile la serviciul de urgenţă. în revizuirea din 1987 a 37 de studii, intitulată „Much Ado about the Full Moon“ („Mult zgomot în jurul Lunii pline“), care a apărut într-una dintre principalele reviste de psihologie, *Psychological Bulletin,* Rotton şi Kelly au spus „adio“, cu umor, efectului Lunii pline şi au conchis că cercetări suplimentare pe această temă nu mai sunt necesare.

Critici insistente au dezavuat această concluzie, indicând câteva descoperiri pozitive care apar în unele studii disparate. Totuşi, chiar şi cele câteva ipoteze de cercetare care par să susţină efectele Lunii pline au fost contrazise la o investigare mai atentă. într-un studiu publicat în 1982, o echipă de autori a raportat că accidentele de trafic sunt mai frecvente în nopţile cu Lună plină, decât în alte nopţi. Totuşi, un defect fatal afectează aceste constatări: în perioada luată în considerare, Luna plină a apărut mai adesea la sfârşitul săptămânii, atunci când mai mulţi oameni ies mai des în trafic. Atunci când autorii

au reanalizat datele pentru a elimina acest factor producător de confuzie, efectul lunar a dispărut.

De unde vine această credinţă

Prin urmare, dacă aşadar credinţele despre efectul înnebunitor al Lunii sunt doar o legendă urbană astronomică şi psihologică, de ce sunt ele atât de răspândite? Sunt câteva motive probabile. Aproape sigur un rol îl joacă reportajele din mass-media. Apoi avem mulţimea de filme de groază de la Hollywood, care descrie nopţile cu Lună plină ca perioade de vârf ale unor întâmplări înspăimântătoare, cum ar fi înjunghieri, împuşcături şi comportamente psihotice.

Poate şi mai important, cercetările demonstrează că mulţi oameni cad pradă unui fenomen pe care psihologii de la Universitatea Wisconsin-Madison, Loren şi Jean Chapman, 1- au denumit „corelaţie iluzorie“: percepţia unei asociaţii care, în fapt, nu există. De exemplu, mulţi oameni care au dureri de articulaţii

insistă că durerea lor creşte în timpul vremii ploioase, deşi cercetările infirmă această ipoteză. Asemănător în mare măsură cu mirajul apei, pe care credem că o vedem pe autostrăzi în zilele fierbinţi de vară, corelaţiile

7
3
3

iluzorii ne pot păcăli că percepem anumite fenomene în absenta acestora.

3

Corelaţiile iluzorii rezultă în parte din înclinaţia mintii noastre de a da atentie si de a-

) > >
î

şi reaminti mai bine evenimentele relevante pentru noi decât pe cele irelevante. Când este Lună plină şi se întâmplă ceva ce este cu siguranţă ciudat, observăm şi Luna plină şi apoi le spunem şi altora şi ţinem minte acea corelaţie. Facem acest lucru, pentru că astfel de coincidenţe se potrivesc cu preconcepţiile pe care le avem. într-adevăr, un studiu a arătat că asistenţii medicali de psihiatrie care credeau în efectul lunatic scriau mai multe observaţii

3

despre comportamentele ciudate

ale pacienţilor decât asistenţii care nu credeau în acest efect. Dimpotrivă, atunci când este Lună plină şi nu se întâmplă nimic, acest „noneveniment“ se şterge repede din memoria noastră. Ca rezultat al reamintirii noastre selective, percepem în mod eronat existenţa unei asocieri între Luna plină şi diversitatea de evenimente bizare.

Totuşi, explicaţia corelaţiei iluzorii, deşi probabil că este o piesă crucială în acest puzzle, nu arată cum a apărut ideea efectului de Lună plină. O explicaţie intrigantă a originii acestei credinţe a ajuns la noi prin amabilitatea psihiatrului Charles L. Raison, care activează acum la Universitate Arizona, şi a câtorva dintre colegii săi. Conform lui Raison, efectul „lunatic“ al Lunii poate avea un miez de adevăr prin aceea că se poate să fi. fost cândva ceva real. Raison argumentează că, înainte de apariţia iluminatului exterior din timpurile modeme, lumina strălucitoare a Lunii pline îi împiedica să doarmă pe oamenii care trăiau în natură, inclusiv pe cei cu tulburări mentale severe. întrucât deseori

deprivarea de somn declanşează comportamente haotice la oamenii afectaţi deja de anumite afecţiuni psihice, cum ar fi tulburarea bipolară (anterior denumită depresie maniacală), apariţia Lunii pline e posibil să fi fost corelată, mai demult, cu o rată crescută a comportamentelor bizare. Deci, efectul înnebunitor al Lunii este, în termenii lui Raison şi ai colegilor lui, o „fosilă culturală“.

Poate că niciodată nu vom sti dacă această explicaţie ingenioasă este corectă. Dar în lumea de astăzi, cel puţin, ipoteza efectului „lunatic“ al Lunii pare să aibă temeiuri la fel de precare precum ideea că Luna este făcută din brânză mucegăită.

Lecturi recomandate

~~*Hines, T. (2003),*~~ *Pseudoscience and the paranormal* (ed. a 2-a) (2003), Amherst, NY, Prometheus Books.

Raison, C.L., Klein, H.M. & Steckler, M. (1999), The moon and madness reconsidered, *Journal of Affective Disorders,* ~~53(1),~~ ~~*99-106*~~.

Rotton, J. & Kelly, I.W. (1985), Much ado about the full moon: A meta-analysis of lunar- lunacy research, *Psychological Bulletin,* 97(2), 286-306.

47

Am văzut bine ce-am văzut?

Proba martorilor este deseori inexactă

în 1984, Kirk Bloodsworth a fost condamnat pentru violarea şi uciderea unei fete de nouă ani şi a primit sentinţa de moarte prin asfixiere în camera de gazare, o condamnare care s-a bazat în special pe declaraţiile date de cinci martori. După ce Bloodsworth a petrecut nouă ani în închisoare, testul ADN a dovedit că era nevinovat. Asemenea erori devastatoare făcute de martorii oculari nu sunt rare, conform unui raport al Innocence Project, o organizaţie afiliată Facultăţii de Drept

„Benjamin N. Cardozo“ de la Universitatea Yeshiva, care foloseşte testele ADN pentru a-i exonera pe cei care au fost greşit condamnaţi pentru crime şi alte infracţiuni. începând din anii 1990, când au fost introduse pentru prima dată testele ADN, cercetătorii de la Innocence Project au raportat că 73% dintre cele 239 de condamnări anulate pe baza testelor ADN erau bazate pe declaraţii ale martorilor oculari. O treime[3]

dintre aceste cazuri de condamnări anulate se bazau pe declaraţiile a doi sau mai multor martori oculari care au înţeles greşit ceea ce au văzut. Dar cum pot fi atât de mulţi martori oculari care greşesc?

Identificarea de către un martor presupune, în mod tipic, selectarea presupusului agresor dintr-un şir de suspecţi prezentaţi de poliţie, dar poate fi bazată şi pe schiţe sau pe alte metode folosite de poliţie. Curând după selectarea unui suspect, martorilor li se cere să dea o declaraţie formală care să confirme că

3

făptaşul este acelaşi cu persoana identificată de ei si să

încerce să-si amintească orice alte detalii cu privire la evenimentele legate de infracţiunea respectivă. La proces, care poate să aibă loc după ani de zile, martorii depun declaraţii de obicei în fata instanţei. întrucât indivizii cu anumite tulburări psihice, cum sunt tulburarea de personalitate antisocială şi dependenţa de substanţe, prezintă un risc crescut de comportamente infracţionale, ei prezintă şi un risc mai mare de a fi identificaţi de martorii oculari.

Sondajele arată că cei mai mulţi juraţi pun mare greutate pe declaraţiile martorilor oculari atunci când decid dacă un suspect este vinovat. Dar, cu toate că depoziţiile martorilor oculari sunt uneori exacte, juraţii nu trebuie să le accepte fără nicio rezervă, din cauza multitudinii de factori care pot distorsiona aceste relatări ale martorilor (vedeţi Caseta 47.1). De exemplu, juraţii au tendinţa de a da o mai mare greutate spuselor acelor martori oculari ce susţin că sunt foarte siguri cu privire la identificarea suspectului, chiar dacă cele mai

multe studii arată că martorii cei mai convinşi

y

de ceea ce spun sunt în general doar uşor (sau deloc) mai aproape de adevăr decât cei care sunt mai puţin siguri pe ei. Pe lângă educarea juraţilor cu privire la incertitudinile legate de declaraţia martorilor oculari, respectarea unor reguli specifice pentru procesul de identificare a suspecţilor poate face ca mărturia să fie mai precisă.

Caseta 47.1 Tendinţa de identificare eronată

Acurateţea identificărilor făcute de martorii

y

oculari poate fi redusă ţinând cont de mai mulţi factori. Iată câţiva dintre ei:

- stresul extrem suferit de cel ce-a fost martor la comiterea unei infracţiuni sau în timpul procesului de identificare;

- prezenţa armelor în timpul comiterii acelei infracţiuni (pentru că ele pot intensifica stresul şi îl pot distrage pe martor);

- folosirea unei deghizări de către făptaş, precum o mască sau o perucă;

- disparitatea rasială dintre martor şi suspect;

- perioada scurtă în care martorul îi poate vedea pe suspecţi în timpul identificării bazate pe alegerea unei persoane dintre mai mulţi suspecţi sau în timpul altor proceduri de identificare;

- lipsa unor caracteristici distinctive ale suspectului, precum tatuaje sau o înălţime extremă.

Sursa: Adaptat după „Expert Testimony Regarding Eyewitness Identification“, de B.L. Cutler şi G.L. Wells, în *Psychological Science in the Courtroom: Consensus and Controversy,* voi. coord. de Jennifer L. Skeem, Kevin S. Douglas şi Scott O. Lilienfeld, Guilford Press, 2009.

Reconstruirea amintirilor

Acceptarea ne critică a declaraţiilor martorilor oculari poate izvorî dintr-o preconcepţie populară despre cum funcţionează memoria. Mulţi oameni cred că memoria umană funcţionează ca un aparat de înregistrare: mintea înregistrează evenimente, apoi, la primul semnal, redă o replică exactă a acestora. Dimpotrivă, psihologii au constatat că, de fiecare dată când ni le reamintim, amintirile sunt mai degrabă reconstruite decât redate. Actul reamintirii, spune eminenta cercetătoare a memoriei Elizabeth F. Loftus, de la Universitatea California, Irvine, este „mai asemănător cu aşezarea laolaltă a unor piese de puzzle decât cu extragerea unei secvenţe de pe o înregistrare video“. Chiar şi interogarea de către un avocat poate altera amintirile martorului ocular, pentru că fragmente din memorie pot fi combinate, fără ştiinţă, cu informaţii oferite de cel care pune întrebările, ducând la o reamintire inexactă.

Mulţi cercetători au creat amintiri false la

indivizi normali; mai mult, aceşti subiecţi erau siguri că aceste amintiri sunt reale. într-un studiu bine-cunoscut, Loftus şi colega sa, Jacqueline Pickrell, le-au dat subiecţilor povestiri scrise ale unei serii de patru evenimente, dintre care trei le experimentaseră în realitate. A patra povestire era o ficţiune; se concentra pe faptul că subiectul fusese pierdut într-un mall sau în alt loc public când avea între 4 si 6 ani. O rudă oferea detalii realiste ale poveştii inventate, precum descrierea mallului la care părinţii subiectului făceau cumpărături. După lectura fiecărei povestiri, subiecţilor li s-a cerut să scrie ce altceva îşi aminteau despre incident sau să indice dacă nu si-1 aminteau deloc. în mod remarcabil, circa o treime dintre subiecţi au raportat că îşi aminteau parţial sau total evenimentul inventat. în două interviuri de evaluare ulterioară, 25% încă mai susţineau că îşi aminteau povestea neadevărată, o cifră care apare şi în alte studii similare.

Având în vedere pericolul pe

care îl reprezintă convingerile eronate, bazate pe mărturiile false ale martorilor oculari, cum putem micşora frecvenţa unor asemenea erori? Innocence Project a propus o serie de norme care să îmbunătăţească acurateţea [3] [3] identificărilor făcute de martorii oculari. Aceste propuneri includ: înregistrarea video a procedurii de identificare, astfel încât juraţii să poată determina dacă a fost realizată corespunzător; aşezarea în şirul de suspecţi a unor persoane care seamănă cu descrierea făptaşului oferită de martor; informarea celui care priveşte şirul de suspecţi că făptuitorul poate să fie, dar poate şi să nu fie printre ei; în fine, verificarea faptului că persoana care gestionează procesul de identificare a celui vinovat dintr-un şir de suspecţi (sau prin alte proceduri de identificare) nu ştie cine anume este suspectul principal. Cu toate că doar câteva oraşe şi state nord-americane au adoptat legi pentru îmbunătăţirea acurateţei identificărilor făcute de martorii oculari, pare să existe un interes tot mai mare în

acest sens.

Depoziţiile experţilor

Un ultim aspect: permisiunea ca specialiştii în identificarea bazată pe mărturii oculare să poată depună declaraţii în instanţă îi poate educa pe juraţi şi poate duce la o evaluare mai riguroasă a declaraţiilor martorilor. Cele mai multe instanţe din Statele Unite nu permit asemenea expertize oferite în faţa instanţelor, pe motiv că cercetarea de laborator a martorilor oculari nu se aplică instanţelor şi că, în orice caz, concluziile sunt în mare parte unele de bun-simţ şi de aceea nu aduc prea multă lumină. Totuşi, psihologul Gary Wells, de la Universitatea de Stat Iowa, şi colega sa, Lisa Hasel, au adunat dovezi considerabile care arată că descoperirile experimentale se aplică mărturiei în instantă si că adesea sunt contraintuitive.

Ştiinţa poate şi trebuie să contribuie la procesul judiciar, pentru a îmbunătăţi acurateţea şi evaluarea declaraţiilor martorilor oculari. Vedem unii paşi mici în această direcţie, dar instanţele de judecată au încă

un drum lung de parcurs pentru a se asigura mai bine că nu sunt pedepsiţi oameni nevinovaţi din cauza scăpărilor ce apar în această influentă metodă de livrare de dovezi.

Lecturi suplimentare

Loftus, E.F. (2007), *Eyewitness testimony: Civil and criminal* (ed. a 4-a), Newark: LexisNexis.

Skeem, J.L., Douglas, K.S. & Lilienfeld, S.O. (coord.) (2009), *Psychological Science in the courtroom: Consensus and controversy,* New York: Guilford Press.

Wells, G.L., & Hasel, L.E. (2007), Eyewitness identification: Issues in common knowledge and generalization, in E. Borgida & S.T. Fiske (coord.), *Beyond common sense: Psychological science in the courtroom.* Oxford, Anglia: Wiley-Blackwell.

48

Apărarea în justiţie bazată pe invocarea „alienaţiei mentale“

Pe 20 iunie 2001, Andrea Yates, o fostă asistentă medicală din Houston, cu un istoric de depresie postpartum severă, şi-a înecat toţi cei cinci copii (cu vârste între 6 luni şi 7 ani) într-o cadă de baie. După condamnarea din 2002 care a fost anulată în apel, Yates a fost achitată în 2006 ca fiind nevinovată din motive de „alienaţie mentală“. Avocaţii lui Yates, susţinuţi de mărturia unui expert, au argumentat că ea a crezut că este persecutată de Satana şi că trebuie să-şi protejeze copiii de la pedeapsa

veşnică, ucigându-i.

Patruzeci si sase de state americane au în

/-•>

legislaţie o versiune a apărării pe motiv de alienaţie mentală, Utah, Montana, Idaho şi Kansas fiind singurele care nu o permit. Această apărare este menită să-i protejeze pe oamenii care sunt incapabili să-şi înţeleagă sau să-şi controleze acţiunile infracţionale (deci nu au discernământ sau capacitate juridică — *n.red.),* şi care au nevoie să primească un tratament adaptat tulburărilor lor.

Cu toate acestea, ideea că făptaşii pot fi consideraţi nevinovaţi din punct de vedere legal este greu de înghiţit pentru public. în cazul lui Yates, gazda unei emisiuni radio, Mike Gallagher, a sintetizat foarte bine sentimentele publicului: „Deci acum“, a opinat Gallagher, „oficial şi formal, Andrea Yates nu şi-a înecat cei cinci copii, nu-i aşa?“ în mod similar, după achitarea din 1982 a lui John W. Hinckley Jr. pentru tentativa de asasinat comisă asupra Preşedintelui Ronald Reagan, un sondaj realizat de ABC News a

arătat că 76% dintre americani credeau că Hinckley — care a scăpat pe motiv că suferă de idei delirante — ar fi trebuit să fie condamnat.

Cu toate că justificarea violenţei lui Yates şi a lui Hinckley poate părea greşită, apărarea pe motive de „alienaţie mentală“ este, de fapt, concepută tocmai pentru asemenea situaţii. Conceptul de „vină“ penală înseamnă mai mult decât că un inculpat a comis cutare infracţiune; în aproape toate statele din SUA, este necesar şi ca persoana să fie considerată în deplinătatea facultăţilor mentale în momentul în care a comis fapta. Şi, cu toate că mulţi cred că achitarea persoanelor considerate fără discernământ aruncă infractori periculoşi înapoi în stradă, în realitate se întâmplă rareori ca avocaţii să folosească această apărare; în plus, de obicei, apelul la această justificare nu reuşeşte. Chiar şi atunci când apărarea are câştig de cauză, cel achitat ajunge de obicei să primească sentinţe similare sau mai lungi decât condamnările pentru cei cu discernământ. Principala diferenţă dintre

achitare şi condamnare constă în faptul că cei achitaţi pe motiv de „alienaţie mentală“ sunt de obicei trimişi în spitale psihiatrice în loc să fie trimişi în penitenciare.

Izvoarele acestei apărări

în 1843, Daniel McNaughton a mers la casa aflată la numărul 10 de pe Downing Street din Londra, cu intenţia de a-1 ucide pe prim- ministrul britanic, Robert Peel. Confundându-1 pe secretarul acestuia cu Peel, McNaughton l-a împuşcat pe secretar, care a murit după cinci zile. McNaughton a fost achitat pe motivul că ar fi crezut că guvernul complota împotriva lui, dar verdictul nu avea un precedent clar şi se baza pe fundamente legale neclare. Reacţionând la furia publicului faţă de acest verdict, un complet de judecători a compus un îndrumar pentru achitările pe motive de alienaţie mentală, acest ghid devenind apoi legea McNaughton: pentru a fi declaraţi
alienaţi mental (sau lipsiţi de capacitate psihică), inculpaţii trebuie fie să nu fi ştiut ce

făceau în momentul respectiv, fie să nu fi conştientizat că acţiunile lor sunt greşite.

Legea McNaughton, pe care au adoptat-o multe dintre statele nord-americane, se bazează pe factori cognitivi, exonerându-i pe făptaşi de responsabilitatea legală pentru că le lipseşte capacitatea de a înţelege semnificaţia infracţiunii lor. Unele state au adoptat în prezent îndrumarul mai puţin strict folosit de Institutul Juridic American în 1962, care a extins apărarea pe motive de incapacitate psihică, incluzând şi cazurile în care o persoană nu îşi poate controla impulsul de a acţiona din cauza unei tulburări psihiatrice. Cei care susţin această apărare, în oricare dintre forme, o privesc ca pe o excepţie necesară pentru rarele cazuri în care oamenii sunt incapabili să-şi inhibe comportamentele distructive. Cei mai mulţi avocaţi cred că este inuman să pedepseşti indivizi care nu îşi dau seama de ceea ce fac. în schimb, spun ei, ar trebui să încercăm să-i reabilităm sau măcar să îi tratăm.

Dar unii critici susţin că

achitarea pentru o infracţiune comisă în mod evident de o persoană identificată este lipsită de sens. Pentru ei, apărarea pe motiv de alienaţie sau incapacitate psihică conduce la confuzia între două lucruri diferite: una este a stabili dacă o persoană este vinovată de o faptă pe care a comis-o şi alta este să stabileşti cât de aspră să fie pedeapsa pe care trebuie să o primească. Cei mai mulţi sceptici cred că toţi inculpaţii care comit infracţiuni trebuie să fie găsiţi vinovaţi, dar că uneori cei cu boli mentale severe trebuie să primească sentinţe mai blânde.

în lumina acestui punct de vedere, în jur de douăzeci de state din SUA au introdus verdictul de „vinovat, dar bolnav mental“, care consideră că persoana este responsabilă legal de infracţiune, dar tine cont de boala mintală, ca circumstanţă atenuantă în stabilirea pedepsei. Acest verdict presupune ca individul bolnav să primească tratamentul de care are nevoie. în realitate, cei consideraţi vinovaţi, dar bolnavi mental uneori nu ajung să

primească terapia adecvată. Mai mult, verdictul nu a dus la o reducere categorică a numărului de achitări pe motiv de alienaţie sau incapacitate psihică.

Utilizarea judicioasă a apărării bazate pe „alienaţia mentală“

Indiferent dacă achitarea pe motiv de alienaţie (incapacitate psihică) este sau nu justificată, ea este adecvată doar în acele rare cazuri în care o tulburare mentală propriu-zisă a şters frânele psihice pe care cei mai mulţi dintre noi le folosim pentru a ne opri din a acţiona imoral. Totuşi, mulţi americani au senzaţia că apărarea pe motive de incapacitate psihică este invocată pe scară largă şi de obicei cu succes. într-un studiu din 2007, psihologa Angela Bloechl, de la Universitatea Wisconsin-Oshkosh, şi colegii săi au constatat că studenţii estimează că

3

această apărare este folosită în 30% dintre cazurile penale şi că are succes în 30% dintre situaţii. Totuşi, datele prezentate de mai multe studii arată că doar în 1% dintre cazurile penale este invocată această apărare şi doar 15- 25% dintre ele ajung la

achitare.

Cu toate că achitările notorii în urma apărărilor care au invocat incapacitatea psihică, precum cele ale lui Yates şi Hinckley, atrag atenţia exagerată a mass-mediei, mii de alţi inculpaţi au fost totuşi condamnaţi după ce au invocat starea de alienaţie, si îi includem

aici pe Jack Ruhy (care l-a ucis pe Lee Harvey Oswald, asasinul lui John F. Kennedy), David Berkowitz („Fiul lui Sam“), Jeffrey Dahmer (ucigaş în serie) şi Lee Boyd Malvo (unul dintre cei doi lunetisti care au ucis 17 oameni

în zona metropolitană Washington în 2002).

Mulţi oameni cred, de asemenea, că cei achitaţi pe baza invocării stării de alienaţie (incapacitate psihică) sunt eliberaţi rapid şi uşor din închisoare. „Câţiva ani de tratament

într-un spital de boli mintale şi apoi, gata, a scăpat! E bine-mersi acum, poate să umble liberă printre oamenii care habar nu au de ce e în stare“, specula Gallagher despre Yates. în realitate, doar 1% dintre cei care folosesc cu succes apărarea pe

motiv de alienaţie sunt eliberaţi imediat, iar, în medie, durata internărilor în spital ale celor achitaţi pe motive de incapacitate psihică este de circa 3 ani. într-adevăr, la momentul scrierii acestor rânduri, Yates este încă institutionalizată într-un spital de boli mentale din Kerrville, Texas, la mai bine de 15 ani de la achitare. Mai mult, datele colectate în 1995 de sociologul Eric Silver, care lucra pe atunci la Policy Research Associates, în Delmar, New York, sugerează că cei consideraţi nevinovaţi pe motiv de incapacitate psihică adesea rămân în închişi în spitale psihiatrice la fel de mult timp ca şi cei condamnaţi pentru fapte comparabile; în unele state, precum New York şi California, stau chiar mai mult. Astfel, apărarea pe motiv de alienaţie este departe de a asigura o eliberare rapidă.

Cetăţenii şi politicienii trebuie să înţeleagă această apărare avocăţească aşa cum este ea: ca o excepţie extrem de rară, care confirmă regula că aproape toţi indivizii trebuie consideraţi responsabili juridic pentru acţiunile lor ilegale.

Lecturi suplimentare

Caplan. L. (1984), The insanity deferise and the trial of John W. Hinckley, Jr.

Boston: David R. Godine.

Daftaiy-Kapur, T., Groscup, J.L., O'Connor, M., Coffaro, F. & Galietta, M. (2011), Measuring knowledge of the insanity defense: Scale construction and validation, *Behavioral Sciences & the Law,* 29(1), 40-63.

Silver, E., Cirincione, C. & Steadman, H.J. (1994), Demythologizing inaccurate perceptions of the insanity defense, *Law and Human Behavior, 18(1),* 63-70.

49

Cât de mult contribuie mediul la obezitate?

Conform Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, obezitatea este o „epidemie globală". Două treimi dintre adulţii americani si o treime

7 1

dintre copiii de vârstă şcolară sunt fie supraponderali, fie obezi.

Ultimelesondaje raportează creşterea abruptă a acestor procente. Din 1960 până în 2002, populaţia de adulţi supraponderali şi obezi a crescut în general cu 50%, iar creşterea corespunzătoare la copii a fost de 300%. Problema şi mai gravă este că ratele de obezitate din alte ţări se apropie rapid de cele din Statele Unite.

Care este cauza acestei pandemii şi ce putem face în legătură cu ea? Cercetătorii au oferit unele încercări de răspuns, aflate în completă contradicţie cu opiniile publicului larg.

Oamenii de ştiinţă sugerează că sporirea ratelor obezităţii poate fi rezultatul schimbărilor din mediu, care ne tentează să avem obiceiuri nesănătoase si care ne face să consumăm în exces, îngrăşându-ne. într-adevăr, condiţiile de mediu pot exacerba tendinţele înnăscute de a folosi mâncarea ca balsam pentru agitaţia nervoasă sau pentru tristeţe. Astfel, mulţi specialişti în sănătate pledează pentru adoptarea unor legi — de

exemplu, o taxă pe mâncarea de proastă calitate — care să promoveze alimentaţia sănătoasă. Alţii încearcă să-i ajute pe oameni să-şi schimbe obiceiul de a avea tot timpul mâncare la îndemână, pentru a descuraja supraalimentarea.

Mituri legate de obezitate

Mulţi, inclusiv specialişti în sănătate, consideră că obezitatea poate fi atribuită pur şi simplu lipsei de autocontrol sau de voinţă. Este adevărat că oamenii obezi adesea sunt incapabili să-şi controleze adecvat alimentaţia. Dar lipsa autocontrolului este pur şi simplu o descriere, nu o explicaţie. Ceea ce rămâne de explicat este *de ce* nu pot avea suficient autocontrol.

Medicii le spun tot timpul pacienţilor lor obezi să reducă porţiile de mâncare. De asemenea, cărţile de diete, articolele din revistele de sănătate şi de pe paginile de internet, dar şi programele pentru slăbit din comerţ îi încurajează pe oameni să mănânce mai puţin şi să se

mişte mai mult. Din nefericire, abordările bazate pe autocontrol nu par să funcţioneze prea bine. Aşa cum au crescut vânzările de cărţi despre pierderea în greutate în ultimii ani (de la 3,6 milioane de exemplare în 2005 la 4,8 milioane în 2007, în SUA), la fel a crescut şi obezitatea. Mai mult, două treimi dintre cei care slăbesc prin programe de pierdere în greutate redobândesc greutatea pierdută într-un an şi aproape toţi pun la loc kilogramele date jos în termen de cinci ani.

Alte explicaţii pentru creşterea obezităţii sunt bazate pe gene şi pe factorii psihologici. Este adevărat că oamenii sunt predispuşi să se îngraşe din cauza structurii lor genetice. Dar factorii genetici nu pot explica de unde vine *creşterea* bruscă a prevalenţei obezităţii în societate. Genele relevante pentru menţinerea greutăţii nu se schimbă în mod semnificativ într-o perioadă de cincizeci de ani la nivelul unei populaţii. Unii factori psihologici pot juca
si ei un rol în obezitate, inclusiv
>’
impulsivitatea, anxietatea şi tendinţa unora de a mânca

atunci când sunt cuprinşi de stări emoţionale negative. Dar, chiar şi aşa, nu există niciun motiv să credem că aceste caracteristici au devenit mai accentuate în ultimele decenii. Ca urmare, factorii genetici şi psihologici nu pot să explice creşterea ratei obezităţii.

Mediul toxic

Rezultatele unui mare număr de studii susţin concluzia că o influenţă puternică asupra comportamentului alimentar o exercită condiţiile de mediu. Spre deosebire de factorii biologici, mediul nostru nutriţional *s-a schimbat* în mod radical în ultimii cincizeci de ani. în diferite publicaţii, psihologul Kelly D. Brownell, de la Universitatea Yale, a folosit termenul de „mediu toxic“, referindu-se la această nouă atmosferă alimentară de expunere permanentă la mâncăruri calorice, puternic promovate pe piaţă, ieftine şi larg accesibile, la care se adaugă şi lipsa de activitate fizică.

Un raport din 1995 al Institutului de Medicină a deschis drumul pentru realizarea mai multor studii atunci când a ajuns la concluzia că rădăcina

problemei obezităţii „trebuie să se găsească în forţele sociale şi culturale puternice care promovează o dietă bogată energetic şi un stil de viaţă sedentar“. Studiile mai recente au confirmat această ipoteză. Aceste forţe, susţine Brownell, includ explozia pieţei de fast-food, cantitatea tot mai mare a porţiilor la restaurante, bufetele de tip „tot ce poţi mânca“, proliferarea minimarketurilor, care vând gustări şi băuturi cu continui înalt caloric, contractele şcolilor cu companii de fast-food şi băuturi răcoritoare, prin care acestea îşi vând produsele în cantinele şcolare, şi reclamele agresive şi difuzate pe scară largă la alimente nesănătoase.

Dată fiind importanţa mediului în evoluţia ratelor de obezitate, mulţi cercetători, inclusiv Brownell, argumentează că ne trebuie legi şi politici sociale noi pentru a combate această maladie. Propunerile controversate ale lui Brownell sugerează, de exemplu, controlul asupra reclamelor la alimente destinate copiilor,

interzicerea produselor fast-food şi a
băuturilor răcoritoare în scoli si
î)
subvenţionarea alimentelor sănătoase.

Taxarea este un alt mijloc ce-ar putea fi eficient în reducerea consumului de alimente dăunătoare, aşa cum a demonstrat taxa pe tutun. Brownell şi Thomas Frieden, care conduce acum Centrele pentru Controlul şi Prevenţia Bolilor, susţin că e nevoie de o taxă
aplicată la una dintre substanţele care contribuie cel mai mult la obezitate: băuturile îndulcite cu zahăr. Recent, Comisia pentru Finanţe a Senatului Statelor Unite a
recomandat un astfel de impozit pentru a ajuta la combaterea obezităţii. Deşi principalele corporaţii producătoare de băuturi răcoritoare s-au opus acestei taxe, propunerea se află acum pe agenda naţională.

Cercetătorul Brian Wansink, de la Universitatea Corneli, şi colegii săi au constatat că unii stimuli ce vin dinspre mediul alimentar personal exercită, de asemenea, presiune asupra

tendinţelor noastre de a ne supraalimenta (vezi Caseta 49.1). Pe baza acestor descoperiri, ei au sugerat diferite moduri de a ne schimba mediul de viaţă pentru a reuşi să mâncăm mai puţin. Ei recomandă, de exemplu, să reducem mărimea porţiilor, să nu ţinem la vedere alimentele tentante, să nu

y ⁊

mâncăm niciodată direct din pachet şi să le cerem ospătarilor să ia de pe masă chipsurile sau pâinea.

Analiza puterii de influenţă a mediului asupra obezităţii poate duce la multe sugestii practice pentru slăbirea efectelor nocive ale mediului alimentar şi pentru încurajarea alimentaţiei sănătoase pe toată durata vieţii. Şi, pentru că obezitatea este o problemă serioasă, care a reuşit să se extindă în toate colturile

y y

lumii, trebuie să explorăm fiecare posibilă cale de a-i reduce prevalenţa.

Caseta 49*1 Consumul abundent

Studiile arată că mediul nostru de viaţă influenţează în mare măsură cât de mult si ce

y y

mâncăm. în cartea sa *Mindless Eating: Why We Eat More Than* We TThnfc******** (Bantam Dell, 2007), Brian Wansink, care predă un curs despre Comportamentul Consumatorului şi Stiinte Nutriţionale la Universitatea Corneli,

7

y y y

descrie stimulii de mediu pe care numeroase studii de cercetare i-au legat de supraalimentare. Iată câţiva dintre aceştia:

Cu cât e mai mare cantitatea de mâncare din farfurie, cu atât mâncăm mai mult.

Cu cât este mai mare ambalajul în care se află hrana, cu atât mâncăm mai mult.

Când mâncarea pe care o pregătim vine în pachete mari, mâncăm mai mult decât dacă alimentele ar fi fost ambalate în pachete mai mici.

Mâncăm mai mult când mâncarea este vizibilă si aşezată la îndemână.

Mâncăm mai mult când mâncarea are o denumire atractivă (cum ar fi „salată italiană de fructe de mare suculente“), decât atunci când aceeaşi mâncare are

î

un nume oarecare (cum ar fi „fructe de mare“).

Şcolarii care locuiesc aproape de fast- fooduri au o rată cu 5% mai mare a obezităţii decât cei care merg la o şcoală situată mai departe de astfel de magazine.

• Oamenii care se mută din ţări mai j puţin dezvoltate în unele avansate prezintă rate crescute de obezitate faţă de indivizii care rămân în ţările mai puţin dezvoltate.

Lecturi recomandate

Bray, G.A. & Bouchard, C. (coord.) (2014), *Handbook of obesity* (ed. a 4-a), Boca Raton, FL, CRC Press.

Brownell, K.D. & Battle Horgen, K. (2003), Food fight: The inside story of the food industry, America’s obesity crisis, and what we can do about it, New York: McGraw-Hill.

Wadden, T.A., Brownell, K.D. & Foster, G.D. (2002), Obesity: Responding to the global epidemic, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 70(3), 510-525.

3#C -sfc 3|c -sfc 3#C -sfc 3|c

dăm seama (N.t.)

50

Când mâncatul devine boală

„De când mă ştiu, duc o bătălie tăcută în capul meu dacă să duc sau nu furculiţa la gură, iar când mă conving să mai iau un dumicat, nu gust decât ruşine“, scrie Jena Morrow în memoriile sale, *Hollow: An Unpolished Tale*]******** (Moody Publishers, 2010). în cartea sa, Morrow îsi reaminteşte durerea si

5

suferinţa pe care le-a îndurat în lupta ei pentru a-şi depăşi tulburarea de comportament alimentar de care suferea: *anorexia nervosa.*

Cu bătălia tăcută a lui Morrow rezonează 0,6% din populaţia Statelor Unite, care va suferi de anorexie la un moment dat pe parcursul vieţii. Un alt 1% va

experimenta *bulimia nervosa,* conform unui sondaj realizat în 2007 de psihiatrul James I. Hudson, de la Facultatea de Medicină Harvard, si asociaţii săi. Desi aceste cifre sunt mai mici decât procentele pentru cele mai multe dintre afecţiunile psihice, tulburările de comportament alimentar pot fi devastatoare la nivel emoţional şi fizic.

Persoanele care suferă atât de anorexie, cât si de bulimie sunt preocupate de greutatea şi de forma corpului lor, iar stima lor de sine este bazată în mare parte pe cât de satisfăcute sunt de aceste două caracteristici fizice.

Persoanele cu anorexie adesea refuză să mănânce, pierd semnificativ în greutate şi sunt consumate de frica de a nu deveni supraponderale. Cei care suferă de această tulburare au, de asemenea, credinţa distorsionată că sunt graşi atunci când, de fapt, nu sunt.

Bulimia este caracterizată prin episoade frecvente de mâncat compulsiv, în timpul cărora este consumată o cantitate neobişnuit

y

de mare de mâncare. Oamenii cu bulimie se tem că vor creşte în greutate de la mâncatul compulsiv, aşa că încearcă să evite kilogramele în plus de obicei forţându-se să vomite sau luând cantităţi mari de laxative şi diuretice.

înţelegerea adecvată a acestor tulburări este esenţială pentru a şti cine prezintă riscuri de îmbolnăvire şi pentru a găsi tratamentul adecvat. Totuşi, mulţi oameni au preconcepţii grave despre anorexie şi bulimie. Iată aici cinci dintre acestea:

1. **Mitul nr. 1:** Tulburările de comportament alimentar sunt extrem de rare la bărbaţi si la băieţi.

Fapt: Deşi tulburările alimentare sunt mai răspândite printre femei decât printre bărbaţi, un procent semnificativ de bărbaţi se luptă cu ele. Hudson şi asociaţii au constatat că 0,9% dintre femei si 0,3% dintre bărbaţi

au avut ori au în prezent anorexie. Cifrele corespunzătoare pentru bulimie au fost de 1,5%, respectiv 0,5%.

2. **Mitul nr. 2:** Anorexia este singura tulburare de comportament alimentar care poate pune viaţa în pericol.

Fapt: Tulburările de comportament alimentar au cea mai înaltă rată de mortalitate dintre bolile mentale din cauza complicaţiilor medicale şi suicidului. într-o lucrare din 2009, psihiatrul Scott Crow, de la Facultatea de Medicină din cadrul Universităţii Minnesota, şi colegii săi au analizat documentele de constatare a decesului pentru un număr de 1 885 de persoane care fuseseră evaluate cu 8-25 de ani înainte într-o clinică de tulburări de comportament alimentar din Minnesota. Ratele de mortalitate pentru anorexie şi bulimie în acest grup au fost aproximativ aceleaşi: aproximativ 4%. Alţi cercetători au constatat o mortalitate ceva mai înaltă pentru anorexie decât pentru bulimie, dar şi bulimia poate ii fatală.

3. Mitul nr. 3: Utilizarea purgativelor este un mod eficient de a pierde în greutate.

Fapt: Foarte probabil, cei mai

mulţi bulimici cred în acest mit, altfel nu ar vomita sau nu ar folosi purgative în încercarea de a elimina calorii. Deşi utilizarea purgativelor este unul dintre criteriile formale pentru bulimie, mulţi oameni cu anorexie le folosesc si ei. Totuşi, purgaţia nu este eficace pentru pierderea în greutate. Laxativele şi diureticele cauzează pierderea de apă care este repede înlocuită. Laxativele ne scapă doar de 10% din caloriile ingerate. Vomitatul este, de asemenea, destul de ineficace. în momentul în care o persoană îşi provoacă vomitatul, în mod tipic, imediat după finalul episodului de mâncat compulsiv, corpul deja a absorbit 50-75% din mâncarea ingerată. Nu doar că purgaţia şi vomitatul sunt ineficace pentru pierderea în greutate, dar pot cauza deshidratarea gravă, dezechilibrul electrolitic şi alte probleme, toate putând duce la boli grave sau la moarte.

4. Mitul nr. 4: Greutatea corpului este un indiciu că o persoană suferă de bulimie.

Fapt: în ciuda consumului compulsiv, indivizii cu bulimie au

o greutate corporală care nu poate fi diferenţiată de cei care nu au această tulburare. Poate că cel mai evident semn de bulimie sunt obrajii pufoşi, din cauza creşterii în mărime a glandelor salivare, ca urmare a abuzului de purgative. Dar de obicei prietenii şi familia nu ştiu că
bulimia e însotită de acest semn fizic.

)

Deoarece tulburarea poate fi dificil de observat, cei care suferă de ea adesea nu reuşesc să primească sprijinul de care au nevoie, adică nu au parte de un tratament adecvat. Pe de altă parte, o înfăţişare excesiv de slabă poate fi un indiciu că persoana suferă de anorexie. în stadiile avansate, când individul este cu 20%-30% mai slab decât greutatea normală, tulburarea devine chiar şi mai evidentă.

5. **Mitul nr. 5:** Vindecarea tulburărilor de comportament alimentar este rară.

Fapt: Multe studii susţin eficacitatea unui anumit tip de terapie cognitiv-comportamentală (TCC) pentru bulimie, în care terapeuţii îi

educă pe pacienţi cu privire la ce este bulimia — de exemplu, le explică de ce purgaţia este ineficientă —, le modifică gândurile disfuncţionale despre greutate şi îi învaţă strategii pentru a rezista impulsului de a mânca în mod compulsiv şi de a trece

apoi la vomismente sau purgaţii. într-un raport publicat în anul 2000, psihiatrul W. Stewart Agras, de la Facultatea de Medicină din cadrul Universităţii Stanford, şi colegii săi au condus şedinţe de terapie cognitiv-comportamentală (TCC) sau de terapie interpersonală (TIP), care se concentrează pe contextul interpersonal al problemei şi pe rezolvarea conflictelor care pot contribui la această tulburare. Ei au lucrat cu un număr de 220 de indivizi diagnosticaţi cu bulimie, care au beneficiat de 19 şedinţe de TCC sau [3] [3]

de TIP. Când tratamentul a luat sfârşit, 29% dintre cei care făcuseră terapie cognitiv-comportamentală se recuperaseră, în comparaţie cu doar 6% dintre cei care

fuseseră trataţi cu terapie interpersonală. însă, după un an întreg de şedinţe săptămânale, ratele de succes erau mai apropiate: 40% dintre cei care beneficiaseră de TCC şi 27% dintre cei care primiseră TIP nu mai aveau tulburarea. Desi este loc [3] considerabil pentru îmbunătăţiri, aceste descoperiri sugerează că anumite tipuri de terapie pot fi foarte utile în cazurile de bulimie.

Tabloul este mai puţin încurajator pentru anorexie. Primul obiectiv este readucerea greutăţii corpului la normal sau aproape de normal, ceea ce adesea se face în spital. Surprinzător, 85% dintre pacienţii spitalizaţi câştigă destul în greutate, încât să poată merge acasă, unde provocarea este să se menţină la o greutate sănătoasă. Unele date sugerează că un tip de terapie cognitiv-comportamentală similar cu cel folosit pentru bulimie poate fi. de ajutor pentru a preveni recăderea în cazul anorexiei. în anul 2003, psihologa Kathleen M. Pike, de la Universitatea

Columbia, şi colegii ei au prescris unui număr de 33 de pacienţi cu anorexie, care fuseseră externaţi din spital, să facă timp de un an TCC sau consiliere nutriţională. La sfârşitul tratamentului, doar 22% din grupul cu TCC recăzuse în boală sau renunţase la terapie, în comparaţie cu 73% din grupul care primise consiliere nutriţională. Mai mult, 44% dintre pacienţii cu TCC prezentau ameliorări semnificative şi 17%, o recuperare completă, în comparaţie cu 7% şi, respectiv, 0% din grupul cu consiliere nutriţională. Cu toate că rezultatele terapiei cognitiv-comportamentale sunt promiţătoare, suntem încă departe de vindecarea anorexiei, luând în considerare că alti cercetători, care si-au urmărit pacienţii mai mult timp, au constatat rate de recădere considerabil mai mari.

Totuşi, unele persoane cu anorexie se vindecă. Şi cu cât mai mulţi oameni află care e realitatea despre tulburările de comportament alimentar,

precum anorexia şi bulimia, cu atât mai repede aceste boli grave vor fi mai lesne recunoscute si tratate.

Lecturi recomandate

Agras, W.S. (coord.) (2010), *The Oxford handbook of eating disorders,* Oxford: Oxford University Press.

Pike, K.M., Walsh, B.T., Vitousek, K., Wilson, G.T. & Bauer, J. (2003), Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa, *American Journal of Psychiatry,* 160(11), 2046-2049.

Walsh, B.T. Attia, E., Glasofer, D.R., & Sysko, R. (coord.) (2014), *Handbook of assessment and treatment of eating disorders,* Arlington: American Psychiatric Association Publishing.

********* **GoaZa** pe dinăuntru* O poveste nepoleită **(.**N.t**.)***

51

Autovătămarea

Pe muchie de cuţit

„Nu simiţi că te răneşti atunci când începi să te tai. Simţi însă că este singurul mod în care poţi să ai grijă de tine“, îi spunea o tânără (pe care o vom numi Alice) jurnalistei Marilee Strong, care o intervieva pentru cartea ei din 1998, A *Bright Red Scream: Self-Mutilaiion and the Language of Pain********.* La fel ca mulţi alţi adolescenţi si tineri, Alice se autovătăma cu regularitate, tăindu-se pe braţe şi la încheieturi.

Acest comportament îi nedumereşte de multă vreme pe oamenii obişnuiţi şi pe oamenii de ştiinţă deopotrivă. Mulţi presupun că este la fel
ca o tentativă de sinucidere, iar alţii cred că e

[7] ?

doar un truc, pentru a-i

manipula pe alţii. în realitate, o persoană care se angajează în mod deliberat într-un gest de autorănire poate risca sinuciderea, dar actul, prin definiţie, nu este o tentativă de vătămare mortală. în plus, pot fi numeroase motive pentru acest comportament, căutarea atenţiei celorlalţi fiind imul dintre cele rare motive. într-adevăr, asa cum

sugerează comentariul lui Alice, persoanele atrase de aceste comportamente adesea spun că acţiunile lor aduc efecte psihice pozitive. Lucrări recente sugerează că autovămătarea poate oferi în unele cazuri o formă de eliberare de durere, descoperire care poate conduce la noi tratamente pentru această afecţiune.



Figura 51.1 Sursă: Anna Goodson Management/ DANIEL STOLLÉ

Distrugere deliberată

într-o carte din 2009, psihologul Matthew K. Nock, de la Universitatea Harvard, definea autovătămarea nonsuicidară ca fiind „distrugerea directă şi deliberată a propriului ţesut corporal în absenţa intenţiei suicidare“. De departe, cele mai comune metode de autovătămare sunt tăierea şi zgârierea pielii. Alte mijloace de a autorănire includ lovitul capului de un obiect, lovirea altor părţi ale corpului, arderea şi ruperea rănilor, oprindu-le

vindecarea. în cazuri rare, oamenii ajung la extreme groteşti, precum autocastrarea sau scoaterea propriilor ochi.

Autovătămarea nu este nici ceva neobişnuit, nici ceva nou. în ultima parte a secolului al XIX-lea, femeile europene erau renumite pentru că se înţepau singure cu acul. Mai recent, lista figurilor publice care se autorănesc îi include pe următorii: Prinţesa Diana, actorii Johnny Depp şi Angelina Jolie, cântăreţele Amy Winehouse, Courtney Love şi Marilyn Manşon, dar şi pe unul dintre pionierii cercetării sexualităţii, Alfred Kinsey.

în anul 2011, psihologul E. David Klonsky, de la Universitatea British Columbia, a făcut un sondaj telefonic cu 439 de adulţi selectaţi la întâmplare, cu vârste între 19 şi 92 de ani, întrebându-i dacă se autorănesc în prezent sau dacă au făcut-o vreodată şi, dacă da, când a apărut acest comportament şi ce tipuri de răni şi-au provocat. Datele obţinute au scos la iveală un zguduitor 6% dintre participanţii la sondaj care prezentau un tip de comportament de autovătămare

la un moment dat pe parcursul vieţii. Klonsky a constatat că autovătămarea începe de obicei între vârsta de 13 şi 15 ani şi este mai frecventă la adolescenţi. Doar 35%

3

dintre subiecţi au început să se rănească singuri la vârsta de 18 ani sau după aceea. Rezultatele studiilor asupra diferenţelor de gen sunt mixte, dar cele mai multe constată că obiceiul este mai răspândit printre femei.

Mai grav decât rănile propriu-zise — cu toate că acestea necesită uneori tratament medical — este riscul crescut de tentativă de suicid sau chiar de suicid la cei care suferă cronic de această tulburare. Numeroşi cercetători au

3

constatat o asociere puternică între autovătămare şi comportamentele suicidare, cum ar fi gândurile, planurile şi tentativele de suicid, precum şi suicidul reuşit. într-un articol de sinteză din 2002 psihiatrul David, de la Universitatea Leeds din Anglia, raporta că mai mult de 5% dintre pacienţii spitalizaţi pentru autovătămare mor prin suicid în cel mult 9 ani de la externare.

Cândva se credea că autovătămarea este limitată la tulburarea de personalitate borderline, o boală gravă, marcată prin instabilitatea dispoziţiei afective, identităţii, controlului impulsului şi relaţiilor. Ştim acum că oamenii care se abuzează fizic sunt foarte probabil afectaţi de o boală mentală, precum depresie majoră, tulburare bipolară, tulburări de anxietate, tulburări alimentare, schizofrenie şi unele tulburări de personalitate, inclusiv tipul borderline (vezi capitolul 30 din acest volum).

Pentru a pune în lumină semnificaţia ei patologică, autovătămarea fără intenţie suicidară a fost pentru prima dată clasificată drept o boală distinctă în ediţia din 2013 a *Manualului de Diagnostic al Asociaţiei Americane de Psihiatrie, DSM-5.* în loc să fie un diagnostic propriu-zis însă, această afecţiune apare într-o secţiune intitulată „Afecţiuni care necesită studii suplimentare", care enumeră comportamente sau probleme ce merită cercetări de aprofundare. Noua definiţie subliniază că autovătămarea nu

este asociată cu o anumită boală mentală şi poate constitui o problemă de sine stătătoare. De exemplu, unii oameni pot fi diagnosticaţi cu tulburare de depresie majoră şi autovătămare fără intenţie suicidară, pentru a distinge acea persoană de o alta care este depresivă, dar nu îşi produce răni de una singură.

Adaptare şi schimbare

în ciuda numeroaselor încercări de a determina de ce oamenii se rănesc în mod deliberat, nimeni nu este sigur de răspuns. Când sunt întrebaţi de ce o fac, cel mai adesea oamenii spun că acţiunile lor îi ajută să-şi reprime (sau să se elibereze de) emoţiile negative, precum anxietate, furie sau depresie. Psihiatrul Leo Sher, care lucra pe atunci la Universitatea Columbia, şi psihologa de la aceeaşi universitate, Barbara Stanley, au conchis într-o revizuire din 2009 a cercetărilor din domeniul biologiei că autovătămarea eliberează în creier mesageri chimici asemănători opioidelor, cunoscuţi sub numele de endorfine. Eliberarea

acestora duce la o stare euforică ce reduce durerea şi aduce o amânare a suferinţei emoţionale, confirmând motivul pe care îl menţionează cei mai mulţi dintre cei care se[3][3] autorănesc. Această stare poate explica, de asemenea, de ce oamenii precum Alice spun că ei simt că sunt buni cu ei înşişi. Un procent mai mic de indivizi afectaţi raportează că durerea îi ajută să iasă dintr-o amorţeală afectivă, că vor să se pedepsească pentru faptele rele sau că îşi folosesc rănile pentru a atrage atenţia celorlalţi.

Pe baza ipotezei secreţiei de endorfine, unii cercetători au examinat dacă naltrexona — un medicament folosit în tratamentul dependenţei de alcool care blochează eliberarea acestor hormoni în creier — poate limita acest comportament autodistructiv, prin reducerea efectelor paliative ale autovătămării. Până acum însă rezultatele studiilor cu privire la eficacitatea acestui medicament si a altora[3] pentru această afecţiune au fost neconvingătoare.

Deocamdată, o tehnică

denumită terapie dialectic-comportamentală, dezvoltată de psihologa Marsha M. Linehan, de la Universitatea din Washington, oferă cea mai bună speranţă pentru aceşti pacienţi. în această terapie — iniţial concepută pentru persoanele cu tulburare de personalitate borderline, 80% dintre acestea prezentând comportamente de autorănire —, clienţii învaţă, printre alte strategii de adaptare *(coping),* cum să tolereze mai bine stresul şi cum să reducă sentimentele negative. Metoda combină tehnicile de reglare emoţională folosite în terapia cognitiv-comportamentală cu exerciţiile de mindfulness care întăresc [3] acceptarea şi trăirea momentului prezent. Cel puţin cinci studii controlate arată că terapia dialectic-comportamentală reduce ratele de autovătămare si scade numărul tentativelor de [3] sinucidere şi al episoadelor de abuz de substanţe la persoanele cu tulburări de personalitate.

Deşi eficacitatea acestei terapii la persoanele cu alte probleme psihologice rămâne nedovedită, acest tratament

este un punct de plecare excelent pentru tinerele şi tinerii din toată lumea care au nevoie de mai puţine modalităţi vătămătoare de a se îngriji de ele însele.

Lecturi recomandate

Koerner, K. (2012), Doing dialectical behavior therapy: A practical guide, New York: Guilford Press.

Nock, M.K. (coord.) (2009), Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment, Washington: American Psychological Association.

Nock, M.K. (2014), *Oxford handbook of suicide and self-injury*, New York: Oxford University Press.

3#C -sfc 3|c -sfc 3#C -sfc 3|c

~~---------~~*Un strigăt roşu ţipător. Automutilarca silimbajul durerii (N.t.)*

Post-scriptum

Ghidul cititorului pentru detectarea balivernelor

Asa cum se zice, orice lucru bun se termină la

y *1*

un moment dat. Timp de peste opt ani am fost autorii unei rubrici din *Scientific American*

Mind, despre adevăruri şi mituri în sănătatea mentală, oportunitate pentru care suntem profund recunoscători acestei reviste. Acele articole au stat la baza capitolelor din această carte.

Am scris aceste articole pentru un motiv simplu: trăim într-o lume în care educaţia privind sănătatea mentală este mai importantă decât oricând. Conform datelor unui sondaj publicat în 2010 de psihiatrul Mark Olfson, de la Universitatea Columbia, şi de psihologul Steven Marcus, de la Universitatea Pennsylvania, circa 3% dintre americani fac psihoterapie, aproape cei mai mulţi dintre ei luând si medicamente. Mai mult, asa cum observa psihiatrul Thomas Insei, fost director al Institutului Naţional de Sănătate Mentală, într-un plan strategic din 2014, incidenţa numărului de afecţiuni ale sănătăţii mentale, incluzând aici tulburarea de spectru autist şi depresia majoră, s-a exacerbat în ultimii ani, cu toate că semnificaţia creşterii acestor rate

rămâne o chestiune controversată.

în ciuda atotprezenţei bolilor mentale, mulţi oameni sunt îngrozitor de dezinformaţi cu privire la acestea. Este un fapt îngrijorător, deoarece concepţiile eronate despre bolile mentale pot fi dăunătoare. De exemplu, credinţa greşită că oamenii cu schizofrenie sunt înclinaţi către violenţă poate duce la o stigmatizare nejustificată (vezi capitolul 33 din acest volum). Iar ipoteza nedovedită că antidepresivele sunt mai eficiente decât terapia cognitiv-comportamentală pentru tratamentul pe termen lung al depresiei poate să îi descurajeze pe oameni să caute cele mai benefice intervenţii pentru bolile lor (v. capitolul 12). în acest capitol de încheiere vom extrage câteva dintre cele mai importante lecţii pe care le putem învăţa din această carte.

0 minte predispusă la neînţelegeri

Câteva erori comune de gândire ne fac pe toţi susceptibili la anumite concepţii eronate cu privire la sănătatea psihică. De

pildă, „euristica disponibilităţii“ este o scurtătură mentală prin care ghicim frecvenţa unui eveniment în funcţie de cât de proaspăt este acesta în memoria noastră. De exemplu, credinţa greşită că cei mai mulţi dintre copiii ai căror părinţi divorţează au o capacitate slabă de adaptare probabil că izvorăşte din faptul că se vorbeşte mai des despre copiii care au parte de probleme grave după divorţul părinţilor. Invers, atunci când un copil se adaptează bine după un divorţ — aşa cum o fac cei mai mulţi —, nu se vorbeşte aproape niciodată despre rezilienţa copilului. în consecinţă, plecând de la informaţiile la care suntem expuşi, vom deduce că divorţul este mai strâns legat de probleme psihice decât este în realitate (vezi capitolul 20 din acest volum).

O altă eroare de logică răspândită este *post hoc, ergo propter hoc,* ceea ce înseamnă „dacă urmează după asta, înseamnă că este din această cauză“. Mintea noastră caută în mod continuu conexiuni între evenimente, ceea ce ne poate face să conchidem că un eveniment care precede apariţia

unei boli psihice a şi cauzat acea condiţie. De pildă, mulţi oameni continuă să creadă că vaccinurile pentru copii (în special cele care conţin conservantul thimerosal) cauzează autism, deoarece vârsta obişnuită a vaccinării copiilor — imediat după ce împlinesc un an — este chiar înainte de vârsta la care în mod tipic devin evidente primele semne de autism. Această legătură cronologică este aparent mai convingătoare pentru mulţi decât numeroasele studii epidemiologice, realizate la scară largă, care au contrazis existenţa vreunei legături cauzale între vaccin şi autism (vezi capitolul 12 din acest volum).

De asemenea, multe concepţii eronate despre boala mentală conţin un miez de adevăr, care ne poate conduce la concluzii false. De exemplu, doar pentru că bunăoară câinii, caii si alte animale domestice ne oferă căldură emoţională, care ne poate linişti temporar o stare de îngrijorare, nu înseamnă că terapia asistată de animale poate ameliora

principalele simptome ale unor tulburări mentale majore, precum autismul, schizofrenia şi anorexia nervoasă (vezi capitolul 41 din acest volum).

Induşi în eroare de către mesager

Pe măsură ce informaţiile devin tot mai abundente si mai accesibile, abilitatea noastră de a evalua articole, cărţi şi pagini de internet creste crucial. Circa 3 500 de cărţi de autoajutorare apar în fiecare an, dar puţine sunt bazate pe cercetări sau sunt supuse unei analize ştiinţifice (vezi capitolul 39 din acest volum). De asemenea, multe pagini de psihologie de pe internet sunt pline de informaţii eronate. într-un sondaj din 2012, realizat pe un număr de opt site-uri ale unor asociaţii naţionale de autism din SUA, profesoara de educaţie specială Jennifer Stephenson şi coautorii, de la Universitatea Macquarie din Australia, au constatat că cele mai multe site-uri oferă informaţii derutante despre eficacitatea

intervenţiilor. De exemplu, dintre cele 33 de tratamente pentru autism amintite de aceste pagini de internet, există dovezi empirice solide doar pentru trei. (Cele trei sunt bazate pe principiile modificării comportamentului, tehnică ce întăreşte activităţile adaptative.)

Principalele canalele media pot, şi ele, să răspândească distorsiuni, fie din cauza greşelilor ce apar din grabă (în care sunt realizate materialele media), fie din pricina neînţelegerii tematicii sau a dorinţei exagerate de a avea priză la public. Aşa cum psihologul observa Thomas Gilovich, de la Universitatea Corneli, în cartea sa din 1991, *How We Know What Isn't* Şp********. aproape întotdeauna reporterii întăresc ideea centrală a unui articol şi lasă pe dinafară detaliile marginale. De asemenea, în mod obişnuit ei exagerează de dragul unei poveşti bune. Pe 7 octombrie 2013, prima pagină a ziarului *The Sun,* un tabloid britanic, trâmbiţa: „1 200 de oameni ucişi de pacienţi cu boli mentale“. Titlul dădea de înţeles că pacienţii psihiatrici omorâseră 1

200 de oameni în Marea Britanie. Dar această cifră nu includea doar pacienţi din sistemul de sănătate mentală, ci şi indivizi care au fost evaluaţi retrospectiv, de către cercetători, ca prezentând simptome ale unor boli mintale, tip de judecată care este extrem de subiectivă.

Chiar şi atunci când o poveste este mai nuanţată, titlul tot poate înşela mintea oamenilor. în 2014, psihologul Ullrich Ecker, de la Universitatea Australia de Vest, şi colegii săi au colectat date care arată că titlurile înşelătoare, precum „Temeri legate de fluorul din apa potabilă“ (care deschidea un articol ce se ocupa de cât de sigură este prezenţa fluorului în apă), pot genera inferenţe distorsionate cu privire la povestea spusă, ducând la concepţii eronate. Astfel, cititorii trebuie nu doar să continue să citească dincolo de titlu, dar e bine si să descifreze cu atentie

orice detalii dintr-o poveste, care contrazic sau adaugă nuanţe titlului. Trebuie să fim atenţi, de asemenea, la încercările derutante de a crea echilibru

într-o poveste. Uneori jurnaliştii se simt obligaţi să prezinte ambele faţete ale unei chestiuni, chiar si atunci când consensul

[1] 3

ştiinţific este clar de o singură parte.

Sperăm ca această carte să-i educe pe cititori cu privire la sănătatea psihică, aşa încât şi indivizii, dar şi societatea să aibă de câştigat. Ideile şi analizele pe care le-am oferit de-a lungul anilor sunt departe de a lămuri toate aspectele, dar pot servi ca ghid prin labirintul tot mai complicat al opiniilor despre sănătatea mentală.

Lecturi recomandate

Gilovich, T. (1991), How we know what isn't so: The fallibility of human reason in everyday life, New York: Free Press.

Jorm, A.F. (2012), Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health, *American Psychologist,* 67(3), 231-243.

********* Cum ştim că nu e chiar aşa (N. t.)*

Despre autori

Hal Arkowitz, Ph.D., este profesor emerit asociat la Universitatea Arizona. Si-a obtinut licenţa la Universitatea New York si doctoratul în psihologie (clinică) la Universitatea Pennsylvania. Principalele sale interese în cercetare sunt axate pe înţelegerea modului în care se schimbă oamenii şi a motivelor pentru care nu se schimbă. Dr. Arkowitz a publicat articole si cărţi în domeniile anxietăţii, depresiei, psihoterapiei şi interviului motivaţional. Timp de zece ani, a lucrat ca editor al *Journal of Psychotherapy Integration.* De asemenea, este activ în planul practicii clinice si este deosebit de interesat de integrarea ştiinţei şi practicii terapeutice în psihologia clinică.

Scott Lilienfeld, Ph.D., este profesor la catedra „Samuel Candler Dobbs“ de psihologie de la Universitatea Emory din Atlanta. A obtinut licenţa la Universitatea Corneli în 1982 şi doctoratul în psihologie

(clinică) la Universitatea din Minnesota în 1990. Dr. Lilienfeld este editor asociat la *Journal oj Abnormal Psychology* şi a fost preşedintele Societăţii pentru Ştiinţa Psihologiei Clinice şi preşedinte al Societăţii pentru Studiul Ştiinţific al Psihopatiei. Dr. Lilienfeld a publicat peste trei sute de lucrări în domeniul tulburărilor de personalitate (îndeosebi în domeniul psihopatiei), tulburărilor disociative, diagnosticului psihiatric, pseudoştiinţei în psihologie şi metodelor validate ştiinţific din psihologia clinică. în 1998, Dr. Lilienfeld a primit Premiul „David Shakow“ pentru contribuţii excepţionale, la nivel de debutant, în psihologia clinică din partea Diviziei 12 a APA, iar în 2012 a primit Premiul „James McKeen Cattell“ pentru contribuţii aduse la ştiinţa psihologiei aplicate, distincţie primită din partea Asociaţiei pentru Ştiinţe Psihologice.